|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **FORMATO UNIVERSAL PARA RECABAR EL CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | En cumplimiento de los artículos 5 fracción IX, 9 fracción III, 20 fracciones V y VI, 21, 23 y 27 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla; en observancia a lo dispuesto en las fracciones II y V, así como en los numerales 2, 3, 10, 11, 24 y 40 de la Política de Protección de Datos Personales de la Secretaría de Salud y de los Servicios de Salud del Estado; y, con la finalidad de dar tratamiento a sus Datos Personales y Datos Personales Sensibles, de conformidad con lo previsto en el Aviso de Privacidad puesto a su disposición al momento de recabar su información; este Sujeto Obligado recaba, mediante el presente, la manifestación voluntaria del Titular de los Datos Personales y Datos Personales Sensibles de otorgar su consentimiento expreso para dar tratamiento a los mismos, en cumplimiento a los principios de licitud, finalidad, lealtad, calidad, proporcionalidad, información y responsabilidad.*De conformidad con el segundo párrafo del artículo 27 de la Ley de la materia, se considerará que el consentimiento expreso se otorga por escrito cuando el titular lo externe mediante un documento con su firma autógrafa, huella dactilar o cualquier otro mecanismo autorizado por la normativa aplicable.* |
|  | **DENOMINACIÓN DEL RESPONSABLE:** |
|  | SECRETARÍA DE SALUD Y SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ESPECIFICAR DE FORMA CLARA, CONCRETA Y EXPRESA LA FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES:** |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ESPECIFICAR LOS CONCRETOS DATOS PERSONALES QUE SERÁN SOMETIDOS A TRATAMIENTO:** |
| **CATEGORÍA DE LOS DATOS PERSONALES** | **DATOS PERSONALES REQUERIDOS****(EN CONCRETO)** | **DATOS PERSONALES****DEL TITULAR** |
| *Campo a ser cumplimentado por el responsable* | *Campo a ser cumplimentado**por el responsable* | *Campo a ser cumplimentado**por el titular* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES:** | **DOCUMENTO CON EL CUAL ACREDITA SU IDENTIDAD** |
|  | *Campos a ser cumplimentados por el titular* | *Campos a ser cumplimentados por el responsable* |
|  |  |  |
|  |
|  | **FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES:** |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | “Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza”, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ |  |