

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE PERSONAL**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En estricto apego a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados que tiene por objeto establecer las bases, principios y procedimientos para garantizar el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca al Titular del Departamento de Personal de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, el tratamiento de mis datos personales con la finalidad de llevar a cabo mi registro de asistencia en el sistema biométrico. Asimismo, tengo la certeza de que la persona responsable de mi información tendrá en consideración el artículo 46 del Título Tercero de los Derechos de los Titulares y su Ejercicio; que a la letra dice *El titular tendrá derecho a solicitar la cancelación de sus datos personales de los archivos, registros, expedientes y sistemas del responsable, a fin de que los mismos ya no estén en su posesión y dejen de ser tratados por este último.*

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
PERSONAL

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LOS
DATOS

LIC. ERICKA E. ESQUIVEL VALDEPEÑA

Fecha: _____