

Nombre:		No. De credencial SM:	
Puesto:		No.Empleado:	
Dirección de área:		Teléfonos:	

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD:

DATOS PERSONALES

Estado Civil	Casado () Soltero () Concubinato Judicial ()
Domicilio:	
Edad:	
Sexo:	
Talla:	
Peso:	
Grupo y RH:	
Contrata algún Seguro Médico: si () no () Cual?	
Numero de Seguridad Social	
Alergias a medicamentos:	
Cirugías previas:	
Enfermedades que padezca:	



DEPENDIENTES:

Nombre:		No. De credencial SM:	
Parentesco:		Edad:	
Sexo:		Talla:	
Peso:		Grupo y RH:	
Alergias a medicamentos:			
Cirugías previas:			
Enfermedades que padezca:			



Nombre:		No. De credencial SM:	
Parentesco:		Edad:	
Sexo:		Talla:	
Peso:		Grupo y RH:	
Alergias a medicamentos:			
Cirugías previas:			
Enfermedades que padezca:			



Nombre:		No. De credencial SM:	
Parentesco:		Edad:	
Sexo:		Talla:	
Peso:		Grupo y RH:	
Alergias a medicamentos:			
Cirugías previas:			
Enfermedades que padezca:			



Nombre:		No. De credencial SM:	
Parentesco:		Edad:	
Sexo:		Talla:	
Peso:		Grupo y RH:	
Alergias a medicamentos:			
Cirugías previas:			
Enfermedades que padezca:			



DATOS OBLIGATORIOS DEL CONYUGE: *marcar con una (x)*

Trabaja :	si () no ()	Nombre del centro de trabajo:	
Tiene Seguridad Social :	si () no ()		
Tipo de Seguridad Social:		Número de Seguridad Social:	
Contrata algún Seguro Médico: si () no () Cual?			

FECHA:

FIRMA DEL FUNCIONARIO

**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS ADMINISTRATIVOS**

AVISOS DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

FORMATO DE AFILIACIÓN PARA FUNCIONARIOS

El Municipio de Mérida, Yucatán, conocido como Ayuntamiento de Mérida, a través del Departamento de Servicios Médicos Administrativos, perteneciente a la Subdirección de Recursos Humanos, de la Dirección de Administración, es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporciona; los cuales se señalan a continuación:

- **Del Funcionario público:** Nombre, teléfono, estado civil, domicilio, edad, sexo, talla, peso, grupo sanguíneo y factor RH, número de seguro social, alergias a medicamentos, cirugías previas y enfermedades que padezca.
- **De sus beneficiarios:** Nombre, parentesco, edad, sexo, talla, peso, alergias a medicamentos, cirugías previas, grupo sanguíneo y factor RH, y enfermedades que padezca.
- **Del cónyuge** (en caso de tener): Centro de trabajo del cónyuge, seguridad social, tipo de seguridad social, número de seguridad social y seguro médico.

Los datos personales que recabamos de usted en este momento, los utilizaremos para las siguientes finalidades:

- Proporcionarles la prestación de los servicios médicos a los Funcionarios del Ayuntamiento de Mérida.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- Elaborar informes y datos estadísticos, que servirán únicamente para el manejo y control interno del Departamento.

En caso de que usted desee ejercer sus derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición sobre sus datos personales), usted puede manifestarlo mediante escrito libre ante la Unidad de Transparencia del Municipio de Mérida, ubicado en la calle cincuenta número cuatrocientos setenta y uno por cincuenta y uno y cincuenta y tres, Colonia Centro de esta ciudad de Mérida, Yucatán, teniendo un horario de atención al ciudadano de lunes a viernes, de 08.00 a.m. a 14:00 p.m. así como en la página de la Plataforma Nacional de Transparencia www.plataformadetransparencia.org.mx

Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede usted hacer valer, puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la siguiente dirección electrónica: www.merida.gob.mx/avisodirecciones.

