



DIRECCIÓN DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PROGRAMA CONSULTA DE NUTRICIÓN

El Municipio de Mérida, Yucatán, conocido igual como Ayuntamiento de Mérida, por conducto de la Dirección de Salud y Bienestar Social, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporciona; los cuales se señalan a continuación: **Datos del ciudadano o tutor: Nombre completo, teléfono celular, correo electrónico, edad, estado civil, teléfono particular, lugar y fecha de nacimiento, ocupación, firma. Datos sensibles: lengua originaria, sexo, antecedentes patológicos, religión, escolaridad, discapacidad, pueblo originario, datos antropométricos, estado de salud presente.**

Los datos personales que recabamos de usted, en el presente formato, los utilizaremos para las siguientes finalidades: Dar seguimiento, tramitar y notificar la respuesta a su solicitud de inscripción.

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:

- Fines académicos o de investigación.
- Invitarle a conocer nuestros nuevos servicios y programas.
- Elaboración de indicadores y gráficas.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, usted puede manifestarlo mediante escrito libre ante la Unidad de Transparencia, ubicada en la calle cincuenta número cuatrocientos setenta y uno por cincuenta y uno y cincuenta y tres, colonia Centro de esta ciudad de Mérida, en el horario de 8:00 am a 2:00 pm, previamente al tratamiento de los mismos.

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



Autorización para el uso de datos

Quien suscribe _____, autorizo al Municipio de Mérida, Yucatán conocido como Ayuntamiento de Mérida a utilizar los datos personales proporcionados por un (a) servidor (a) con motivo de solicitar el servicio del **programa consulta de nutrición**.

De igual manera, es mi deseo establecer que, de acuerdo a lo señalado en las leyes citadas en el aviso de privacidad, el Ayuntamiento cuenta con la autorización, estableciendo que se utilizará única y exclusivamente para los fines señalados en el presente documento.

En la ciudad de _____ a los ___ días del mes de _____ de 20 ____

Teléfono y correo electrónico _____

Firma _____

(Madre, Padre, Tutora o Tutor legal)