

## AVISO DE PRIVACIDAD

Aviso de Privacidad: Documento físico, electrónico o en cualquier otro formato generado por el responsable que es puesto a disposición del titular, previo al tratamiento de sus datos personales, de conformidad con los artículos 3, fracción IV, 34, 35, 36, 37, 39, 40 y 42 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. "El responsable en este caso es el investigador (a) responsable y el Titular el (la) participante".

### **Investigador(a) Responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección:**

Nombre: \_\_\_\_\_

EXTENSION: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **Tipo de información que se solicitará:**

Su información personal será utilizada con la finalidad de fines administrativos para lo cual requerimos obtener los siguientes datos personales: [*Poner todos los datos que se solicitarán*], así como otros datos considerado como sensibles de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, tales como: [*Poner todos los datos que se solicitarán*].

Es importante que usted sepa que todo el equipo de investigación que colabora en este estudio se compromete a que todos los datos proporcionados por usted sean tratados bajo medidas de seguridad y garantizando siempre su confidencialidad.

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, presentando una carta escrita dirigida a el/la Investigador(a) Responsable [*Favor de anotar nombre de Investigador(a) Responsable, ubicación, dirección, teléfono, Correo electrónico*] o a la oficina de la Presidente del Comité de Investigación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Dra. María Lucinda Aguirre Cruz, Edificio de Socio Médica, Oficina de la Dirección de Investigación, Planta Baja, sito en Avenida Insurgentes Sur, 3877, Col. La Fama, Delegación Tlalpan, C.P. 14269, Ciudad de México, Tel. 56063822 exts. 2003-5036, Correo electrónico: -----

La solicitud que presente el titular deberá contener la siguiente información:

- Nombre del titular de los datos personales
- Identificación oficial con fotografía (IFE, INE, Cédula Profesional, etc.).
- Correo electrónico para recibir toda clase de notificaciones.
- Los datos personales sobre los que se pretende dar ejercer alguno de los derechos de ARCO.
- El derecho de ARCO que se pretende ejercer.

Asimismo, le aclaramos que la información de sus datos personales puede ser compartida y manejada por personas distintas a esta institución. En este caso se compartiría con [*favor de señalar el tipo de destinatarios, nombre, ubicación, si es dentro o fuera del país y datos de contacto de estas transferencias y señalar si se usarán para publicaciones, ponencias, etc.*], con la finalidad de [*favor de describir la finalidad de esta transferencia*].

---

### **Declaración de conformidad**

**Si usted no manifiesta oposición para que sus datos personales se compartan con las instancias mencionadas, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello.**

**En caso de no estar de acuerdo favor de marcar el siguiente cuadro.**

No consiento que mis datos personales sean transferidos en los términos que señala el presente aviso de privacidad.

Nombre y firma autógrafa del (la) titular \_\_\_\_\_

Fecha: [día/mes/año]