



FORMATO AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Código:

Versión: 01

Punto de recepción: _____ Encargado: _____

Yo, _____ identificado con documento C.C. ___ C.E. ___ No. _____ de _____, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, reglamentario de la Ley 1581 de 2012, manifiesto mi autorización al Colegio Médico Colombiano, como tratante de los datos personales obtenidos a través de su sitio web y de las diferentes actividades relacionadas con esta entidad, para continuar con el tratamiento de mis datos personales conforme a las políticas de privacidad que han sido establecidas bajo los parámetros de la Ley 1581 de 2012 de Protección de Datos Personales en Colombia.

La información y datos personales suministrados al Colegio Médico Colombiano podrán ser procesados, transferidos, compartidos, recolectados, almacenados, usados, suprimidos y/o actualizados, de acuerdo con los términos y condiciones de las políticas de privacidad, establecidas por el Colegio Médico Colombiano, según sean aplicables, principalmente para fines administrativos de inscripción ante el Registro único Nacional del Talento Humano en Salud, expedición de tarjeta profesional, expedición de permisos transitorios para médicos extranjeros ; de contacto y en general, para hacer posible la prestación de sus servicios. En el caso de tener alguna pregunta consulta, queja, solicitud y/o reclamo en relación con mis datos personales, el Colegio Médico Colombiano ha dispuesto los siguientes canales de comunicación: info@colegiomedicocolombiano.org, o en los teléfonos (1) 2140215 o 2140237 en Bogotá D.C., los cuales declaro conocer.

Firma _____

Nombre _____

Fecha _____