**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a**LA CORPORACIÓN SALUD UN**, para que, en los términos del literal a) del artículo 6 de la Ley 1581 de 2012, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, como mis huellas digitales y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, para que dicho Tratamiento se realice con el fin de lograr las finalidades relativas a ejecutar el control, seguimiento, monitoreo y vigilancia.

Declaro que se me ha informado de manera clara y comprensible que tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos personales proporcionados, a solicitar prueba de esta autorización, a solicitar información sobre el uso que se le ha dado a mis datos personales, a presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por el uso indebido de mis datos personales, a revocar esta autorización o solicitar la supresión de los datos personales suministrados y a acceder de forma gratuita a los mismos.

Adicionalmente, se me ha informado que en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONAL DE COLOMBIA** participa personal en formación y realiza actividades de investigación, por lo que autorizo el uso de la información recaudada con fines académicos sin que se individualice e identifiquen que me pertenecen.

Me permito manifestar que he leído el presente aviso de privacidad, y manifiesto mi consentimiento y autorización para el tratamiento de los datos personales por mí suministrados dentro de las finalidades aquí contempladas y que la información por mí proporcionada es veraz, completa, exacta, actualizada y verificable.

Autorizo

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

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_