

**SOLICITUD DE PROTECCIÓN DE
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Zapopan, Jalisco

A Día _____ Mes _____ Año _____

Número de solicitud _____ Folio _____

Nombre _____

Domicilio _____

Representante legal _____

Correo electrónico _____

LA SOLICITUD CORRESPONDE A:

Clasificación Rectificación Modificación Corrección Sustitución Ampliación
Acceso Oposición Cancelación

PLANTEAMIENTO DE LA SOLICITUD

DOCUMENTOS QUE ADJUNTA

- 1.- _____

- 2.- _____

- 3.- _____

- 4.- _____

- 5.- _____

- 6.- _____

- 7.- _____

AVISO DE PRIVACIDAD

Le informamos que el O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan protege sus datos personales y que la Unidad de Transparencia los utilizará para la gestión correspondiente a la solicitud de protección de información confidencial, ya que para ese fin fueron recibidos. Sus datos personales son intransferibles, excepto en los casos que establece de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios, la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados del Estado de Jalisco y sus Municipios y demás disposiciones normativas.

Si desea ejercer el derecho de acceso, rectificación, modificación, corrección, sustitución, oposición, supresión, ampliación, revocar el consentimiento, limitar el uso o divulgación de datos personales podrá iniciar el trámite mediante Solicitud de protección de información confidencial, la cual se recibirá en la Unidad de Transparencia del O.P.D. Servicios de Salud del Municipio de Zapopan Dirección de Transparencia y Buenas Prácticas, ubicada en la Calle Ramón Corona #500, Centro Zapopan, Jalisco, para mayor información ponemos a su disposición el número 36330929 ext. 7623, 7625.

Le invitamos a conocer el Aviso de Privacidad, donde se establecieron los mecanismos que protegerán sus datos personales y se encuentra a su disposición en el sitio oficial de internet en: <http://www.ssmz.gob.mx/files/aviso-privacidad.pdf>