



FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY

AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA DATOS DE MENORES DE EDAD

De conformidad con lo previsto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, “*Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*”, y con el Decreto 1377 de 2013, “*Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012*”, autorizo, en calidad de representante legal de los menores:

que los datos incluidos en este documento y/o formulario sean incorporados a una base de datos responsabilidad del **FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY**, para que sean tratados con la finalidad de actualización de datos y beneficiarios.

De igual modo, declaro haber sido informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre estos datos, mediante escrito dirigido al **FONDO DE EMPLEADOS DE CLINICA DE MARLY** a la dirección de correo electrónico fedemarly@gmail.com, indicando en el asunto, el derecho que desea ejercitar; o mediante correo ordinario remitido a la dirección calle 51 N° 9-29 de la ciudad de Bogotá D.C.

NOMBRE: _____

CEDULA: _____

FIRMA: _____