



AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES – ENFERMEDADES CATASTROFICAS

Yo, _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, autorizo a la Secretaría de Educación Departamental para que realice la recolección de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la revisión por parte del área de Talento Humano adscrita a la Dirección Administrativa de la Entidad, conforme a su Política de Tratamiento de Datos Personales, disponible para su consulta en www.casanare.gov.co.

La presente autorización le permitirá almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer de la información suministrada. Igualmente, autorizo a la Secretaría de Educación Departamental de Casanare, para que utilice los datos suministrados con las siguientes finalidades:

Verificar el cumplimiento de requisitos, consulta sobre títulos de formación académica con las respectivas Instituciones Educativas, Inclusión de la documentación en base de datos, solicitar soportes de la hoja de vida, para brindar respuesta a reclamaciones, para reportar información a las autoridades competentes en caso de que lo requieran, y en general para las actividades que conlleve la ejecución del proceso de inclusión en el listado de Reten Social.

Declaro que entiendo que los datos relativos a mi salud son sensibles, por lo que no estoy obligado/a autorizar su tratamiento. Sin embargo de manera libre, expresa y espontánea para las anteriores finalidades, informo que allego la documentación tendiente a demostrar que padezco la siguiente (s) condición (es) de salud:

**(Relacionar que documentos allega)*

Se suscribe en la ciudad de _____, el día _____ (__) de _____ de _____

Firma del titular