



LOCALIDAD: _____ MES: _____ . AÑO: _____ . NOMBRE DE PERSONAL DE SALUD: _____
CÉDULA PROFESIONAL: _____

NOTA: En cumplimiento a la Ley de Protección de datos personales en posición d sujetos obligados para el Estado de Quintana Roo, el H. Ayuntamiento del municipio de Tulum informa que los datos personales pueden ser utilizados con la finalidad de realizar el registro de los ciudadanos beneficiados, elaborar informes y realizar estadísticas generales con fin de mejorar en la salud pública del Municipio de Tulum; asumiendo la obligación de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger los datos personales que se hayan recaudado en este formato. Agradeciendo de antemano su colaboración.