



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

NOTA: En cumplimiento a la Ley de Protección de datos personales en posición de sujetos obligados por el Estado de Quintana Roo, el H. Ayuntamiento del municipio de Tulum informa que los datospersonales 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 recabado en este formato. Agradeciendo de antemano su colaboración.