

	PROCESO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DOCUMENTAL	Código: FPA0201012
	FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARTICIPACIÓN PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN	Versión: 01
		Página: 1 de 1

Yo _____
 identificado(a) con número de cedula _____ autorizo conforme al artículo 3 de
 la ley 1581 reglamentada parcialmente por el decreto 1377 de 2013 el tratamiento de mis
 datos personales respecto _____
 esto con el único y exclusivo fin de _____

_____ al HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO, ANTIOQUIA por medio de el área o
 dependencia _____

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

Adulto Responsable:

 Firma:

 Fecha

CC: