

Ciudad de México, a ___ de _____ de 2024

(Nombre de la persona servidora pública que trate datos personales)

(Unidad administrativa de adscripción)

P r e s e n t e

La persona que suscribe C. _____, adscrito a (Unidad Administrativa _____) y de conformidad con el artículo 42 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; acepta las condiciones de resguardo, reserva, custodia y protección de la seguridad y confidencialidad de la información, datos personales y de todo tipo de documentos propiedad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, o de la que tenga conocimiento, con motivo del trabajo, empleo, comisión, integración de cuerpos colegiados que sesione a fin de deliberar sobre procesos internos y/o dictaminar proyectos relacionados con las funciones propias de su cargo.

El presente deber de confidencialidad me responsabiliza respecto de la información que me sea proporcionada por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ya sea de forma oral, escrita, impresa, sonora, visual, electrónica, informática u holográfica, contenida en cualquier tipo de documento, que puede consistir en: expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, directrices, circulares, contratos, convenios, instructivos, notas, memorandos, estadísticas o bien, cualquier otro registro que documente el ejercicio de las facultades, funciones y competencias de la Unidad Administrativa, sin importar su fuente o fecha de elaboración.

La información que me sea proporcionada podría ser considerada, según el caso, como reservada, privilegiada y confidencial, en los términos del artículo 116, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y 113 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información, salvo aquella información que sea pública o que se autorice expresamente su divulgación por cualquier medio oficial o institucional, siempre que no cause algún daño o perjuicio a sus propietarios, y reservarla para el uso indispensable y necesario para cumplir con mis funciones, por lo que me obligó a protegerla, reservarla, resguardarla y no divulgarla, utilizándola única y exclusivamente para llevar a cabo y cumplir con las actividades y obligaciones que expresamente me sean conferidas por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Es mi responsabilidad no reproducir, sustraer, destruir, ocultar, hacer pública o divulgar a terceros por la Unidad Administrativa.

De omitirse lo expresado se podrá hacer acreedor a las sanciones previstas en el Título Décimo Primero, Capítulo II de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; a lo relativo a Medidas de Apremio Y Responsabilidades, Título Noveno De las Medidas de Apremio y Responsabilidades Administrativas del Capítulo Único de los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

A t e n t a m e n t e

Firma:

Nombre completo:

Cargo: