

AVISO DE PRIVACIDAD

Declaratoria Síntomas COVID-19 Colaboradores



La Universidad La Salle Nezahualcóyotl, A.C., con domicilio ubicado en Av. Bordo de Xochiaca, Lote 3-2B, Esq. con Av. Adolfo López Mateos, Colonia Tamaulipas, C.P. 57300, Nezahualcóyotl, Estado de México; es responsable del tratamiento de sus datos personales en términos de lo establecido por el artículo 3º fracción XIV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP). Los datos personales generales y sensibles (síntomatología relacionada con la enfermedad COVID-19), recabados en esta declaratoria serán utilizados para las siguientes finalidades: identificación y poder brindarle una primera atención a través del Área de Promoción de la Salud en caso de que presente síntomas de dicha enfermedad. Por esta razón y en cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 9º de la LFPDPPP, le informamos que para recabar y tratar sus datos personales sensibles en los términos señalados en este aviso de privacidad, es preciso contar con su consentimiento expreso, por lo que le solicitamos nos indique en la siguiente cláusula si acepta o no el tratamiento de dichos datos, en el entendido de que su consentimiento es necesario para poder permitirle el acceso a nuestras instalaciones y/o exhortarle a que acuda a realizarse una prueba de COVID-19 (si es un caso sospechoso), a fin de evitar contagios y para prevenir o contener la propagación.

Anotar (Sí o No) ____ Consentio y autorizo que mis datos personales sensibles sean tratados en los términos previstos en el presente Aviso.

Nombre del colaborador(a):			
Firma del colaborador(a):			
Fecha:		Temperatura:	

Si desea ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición (ARCO) o revocar su consentimiento, puede contactar a nuestra Oficina de Privacidad vía correo electrónico en: oficinaprivacidad@ulsaneza.edu.mx. Nuestro Aviso de Privacidad Integral se encuentra disponible en el sitio web de la Universidad en: www.ulsaneza.edu.mx.

Nombre del colaborador(a):			
Unidad operativa:			
Puesto:			

CARTA DECLARATORIA DE NO PRESENTAR SÍNTOMAS DE COVID-19

Colaboradores

Declaro no haber presentado en las últimas 48 horas dos o más síntomas relacionados con la enfermedad denominada COVID-19 y que no he tenido contacto con alguna persona con sospecha de dicha enfermedad provocada por el SARS-CoV_2.

INDICADORES DE SÍNTOMAS

Fiebre	SI	NO
Dolor de cabeza	SI	NO
Falta el aire o dificultad para respirar	SI	NO
Dolor de estómago	SI	NO
Diarrea	SI	NO
Tos seca	SI	NO
Dolor de cuerpo (espalda y pecho)	SI	NO
Malestar generalizado	SI	NO
Escurrecimiento nasal	SI	NO
Dolor de garganta	SI	NO
Dedos color azul o morados	SI	NO
Pérdida del olfato o el gusto	SI	NO