**3da. Edición del “Diplomado en materia de Protección de Datos Personales”**

**CARTA EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

Ciudad de México, a de agosto de 2016.

INTERESADO

Nombre\*:

Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

Institución/Secretaría/Delegación\*:

Área de adscripción (Dir. Gral. o Dir. de Área)\*:

Nombre del puesto\*:

(Ejemplo: JUD de licencias de suelo)

Correo Electrónico Tel. Oficina\*:

Institucional\*:

RFC\*: Fecha de Nacimiento\*:

Grado máximo de estudios: especifique:

(primaria, secundaria, preparatoria ,licenciatura, maestría, etc.) (en derecho, economía, ingeniería, etc.):

casillacasilla

Completa Incompleta

MOTIVOS

Señale con una equis (X) el tipo de función que realiza al interior de su institución.

casillacasilla

Titular de la Unidad de Transparencia (UT) Responsable operativo de la UT Integrante del Comité de

casillacasillacasilla

Transparencia Enlace de Datos Personales Responsable de sistema(s) de datos personales

casilla

Otro Indique cuál es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Describa brevemente las funciones que realiza, en materia de Protección de Datos Personales:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Explique brevemente las razones por las que está interesado(a) en participar en el Diplomado (*qué beneficio considera que puede obtener, a nivel personal e institucional*).

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el **Sistema de Datos Personales de los Participantes Capacitados por el Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal**, el cual tiene su fundamento en los artículos 24, fracción XI y XII de la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal; 12 fracción VII, 33, 71 fracción XXV de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal; y 22 fracción I, II, III y VIII del Reglamento Interior del Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal; cuya finalidad es: realizar el registro de los participantes en cada una de las acciones de capacitación, llevar estadísticas, elaborar informes, generar constancias y, en su caso, establecer comunicación con ellos. Los datos personales serán resguardados por la Dirección de Capacitación y Cultura de la Transparencia del Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal, y no serán transmitidos a terceros, con excepción de transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal. Asimismo, se le comunica que los datos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios y sin ellos no podrá completar el trámite de registro. Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley.

La responsable del Sistema de datos personales es la Lic. Rocío Aguilar Solache, Directora de Capacitación y Cultura de la Transparencia y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es: calle de La Morena, número 865, Local 1, “Plaza de la Transparencia”, colonia Narvarte Poniente, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03020, Ciudad de México, correspondiente a la Oficina de Información Pública del Instituto, correo electrónico: [unidaddetransparencia@infodf.org.mx](mailto:unidaddetransparencia@infodf.org.mx). El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Distrito Federal, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal, al teléfono: 5636-4636; correo electrónico: [datos.personales@infodf.org.mx](mailto:datos.personales@infodf.org.mx) o [www.infodf.org.mx](http://www.infodf.org.mx).

|  |  |
| --- | --- |
| Interesado (a)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma | Autoriza  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre y firma del(la) jefe(a) inmediato(a) |