Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con documento de identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Solicito de manera formal el ingreso al programa de diversidad del municipio, identificándome y reconociéndome como parte e integrante de la población LGBTIQ+.

Con la firma del presente documento autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca al programa transformación con equidad en la diversidad adscrito a la secretaria de salud participación ciudadana y protección social, para tratar mis datos personales y cualquier otro dato sensible como registros fotográficos, audiovisuales entre otros, los cuales se hayan almacenado o que en el futuro almacene en sus bases de datos en virtud del programa social al cual me estoy incorporando, para que sean usados en el marco de las gestiones institucionales y/o administrativas.

Reconozco el derecho que se me asigne para actualizar, rectificar, reconocer y suprimir mis datos personales.

El tratamiento de los datos se rige para estos efectos, por la política de protección de datos de la Administración municipal AHORA SI, GIRARDOTA PARA TODOS, en cumplimiento de la normatividad legal vigente.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE NACIMIENTO | TELEFONO | CORREO | L | G | B | T | I | OTRO / CUAL |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Para constancia de lo anterior firma en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_, el \_\_\_\_

de­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ROBINSON ISAZA PÉREZ

Coordinador de programa