

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE EGRESADOS Y GRADUADOS

Por el presente documento, yo
identificado (a) con código de estudiante N °..... y con DNI N°
....., Dirección de correo electrónico.....,
domiciliado (a) distrito provincia
..... región egresado y/o graduado de la Escuela
Profesional de doy mi

CONSENTIMIENTO

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPLA, a través de la Decanatura, para la obtención y tratamiento de mis datos personales de manera lícita, leal y transparente, evitando recoger y tratar más datos que los estrictamente necesarios para la finalidad requerida y legítima, y respetando mis derechos como usuario (a) en cumplimiento con el **REGLAMENTO DE PROTECCIÓN Y TRANSPARENCIA DE DATOS DE LOS ESTUDIANTES.**

Huancayo, ____ de _____ de 20__

Nombre y apellidos

DNI N °

Número de Ubigeo