Fecha: _____

A. Con fundamento en los artículos 15 y 16 de la **Ley Federal de protección de datos personales en posesión de particulares, Laboratorios de análisis clínicos y microbiológicos PYRSA** con domicilio en C. Ignacio Vallarta 3116 B Código postal 31310 Colonia Magisterial, Chihuahua, Chihuahua, reconoce la privacidad y seguridad de su información personal, lo cual como empresa se compromete a la confidencialidad de los datos.

   En la recolección de datos personales seguimos todos los principios que marca la ley (art. 6): Licitud, calidad, consentimiento, información, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad y se aplican a toda la información a efecto de brindarle servicios personalizados.

   Laboratorios de análisis clínicos y microbiológicos PYRSA es el responsable del tratamiento de sus datos personales.

B. Los datos recabados serán utilizados para:

   a. Considerar su solicitud como aspirante a colaborar en **Laboratorio de análisis clínicos y microbiológicos PYRSA.**

   b. Identificarlo como empleado

   c. Realizar todas las gestiones o trámites internos para llevar a cabo su contratación y cumplimiento de las prestaciones laborales adquiridas en virtud de la relación laboral

   d. Para contactarlo y hacer de su conocimiento información relevante en virtud de su calidad de empleado de **Laboratorio de análisis clínicos y microbiológicos PYRSA.**

   Finalmente, la información que nos proporciona podrá ser tratada en los casos que expresamente autoriza el art. 10 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

C. **Laboratorios de análisis clínicos y microbiológicos PYRSA** está comprometido a salvaguardar la confidencialidad de los datos recabados de tal manera que su privacidad está protegida en términos de la Ley.

El **Laboratorio de análisis clínicos y microbiológicos PYRSA** está comprometido a implementar las medidas de seguridad, técnicas, administrativas y físicas, necesarias para proteger sus datos personales y evitar su daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso o tratamiento no autorizado.

Es importante informarle que usted tiene derecho al Acceso, Rectificación en caso de ser inexactos o incompletos y Cancelación cuando considere que no se requieren para alguna de las finalidades señaladas en el presente aviso de privacidad de sus datos personales, a Oponerse al tratamiento de los mismos o a revocar el consentimiento que para dicho fin nos haya otorgado. Para ello, es necesario que dirija la solicitud en los términos que marca la Ley en su Art. 29 al Laboratorio de análisis clínicos y microbiológicos PYRSA en el domicilio antes mencionado, o bien, enviar su solicitud vía correo electrónico a la siguiente dirección: **recepcion@pyrsalaboratorios.com**

El Laboratorio comunicara al titular, en un plazo máximo de veinte días, contados desde la fecha en que se reciba la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición, la determinación adoptada, a efecto de que, si resulta procedente, se haga efectiva la misma dentro de los quince días siguientes a la fecha en que se comunica la respuesta. Tratándose de solicitudes de acceso a datos personales, solo se procederá a la entrega previa acreditación de la identidad del solicitante o representante legal, según corresponda.

Por otra parte, hacemos de su conocimiento sus datos personales o datos personales sensibles pueden ser transferidos a terceros para dar cumplimiento de las obligaciones y prestaciones laborales que Laboratorio de Análisis clínicos y microbiológicos le ofrece, sea necesario.

D. Nos reservamos el derecho de efectuar en cualquier momento modificaciones o actualizaciones al presente aviso de privacidad, para la atención de actualizaciones legislativas o jurisprudenciales, políticas internas, nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento del servicio.

Por lo anterior, yo _____
manifiesto que:

- ☐ Conozco y doy mi consentimiento para la transferencia de mis datos según lo establecido en el presente Aviso de Privacidad
- ☐ Conozco y no doy mi consentimiento para la transferencia de mis datos

_____
NOMBRE Y FIRMA