

## AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO (PROGRAMA ALIMENTARIO PARA MUJERES EMBARAZADAS O EN PERIODO DE LACTANCIA)

El Sistema para el Desarrollo de la Familia del Municipio de Juárez, con domicilio en Avenida Abraham Lincoln S/N, Col. Margaritas C.P. 32300, Cd. Juárez, Chihuahua por conducto del área **COORDINACIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL** será el responsable del tratamiento de sus datos personales

Los datos personales que se recaben, serán utilizados con los siguientes fines:

- Identificar personas para los servicios que ofrece el Sistema del desarrollo integral de la familia DIF municipio Juárez
- Verificar el cumplimiento de los requisitos y criterios de selección.
- Integrar el padrón de Programa alimentario para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia.
- Auditorías Internas y Externas.
- Concentrar datos para obtener estadísticas.

Es necesario se otorgue su consentimiento para llevar a cabo las finalidades anteriormente descritas al calce del presente.

Los datos personales serán transferidos a las siguientes instituciones con las finalidades descritas:

- A DIF Nacional con la finalidad de integrar padrones.
- A DIF Estatal con la finalidad de integrar padrones.

Los datos personales obtenidos:

Nombre completo, sexo, fecha de nacimiento, domicilio físico personal, estado y municipio de nacimiento, edad, estado civil, firma y huella, imágenes, número telefónico personal, clave de elector, clave única de registro de población.

Usted cuenta con la posibilidad de negarse al tratamiento de sus datos personales, no obstante, los mismos son esenciales para realizar el trámite descrito en las finalidades que anteceden, por lo que de manifestar su negativa el mismo no podrá llevarse a cabo.

El aviso de privacidad integral podrá consultarse en:

- La página Web de este sujeto obligado <http://www.juarezdif.gob.mx> en el apartado avisos de privacidad.
- De manera física en las unidades administrativas que realicen el tratamiento de datos personales.

En caso de no estar de acuerdo con el tratamiento o transferencia de sus datos personales de sus datos personales, se le pide marque la siguiente casilla.

Otorgo el consentimiento al tratamiento y transferencia de mis datos personales.

No otorgo el consentimiento al tratamiento y transferencia de mis datos personales.

Firma del titular de los datos personales:  
\_\_\_\_\_

Fecha de elaboración: \_\_\_\_\_