

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**



Señores
Sociedad Colombiana de Ortodoncia
Ciudad

Yo _____ identificado con C.C. No. _____
de _____, autorizo a la Sociedad Colombiana de Ortodoncia, para que
haga uso de mis datos personales de contacto que relaciono a continuación para
el tratamiento de datos personales, almacenados en documentos físicos y/o
digitales, que reposan en dicha institución y se utilicen para las funciones
establecidas en la ley 1530 de 2012 y demás normas que la reglamentan.

Para constancia se firma en la ciudad de _____, a los ____ días del
mes de _____ del año _____.

Nombre: _____

Cedula: _____

Mail: _____

Número de teléfono celular _____ fijo _____

Dirección de Correspondencia: _____