**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN LA INVESTIGACIÓN**

TITULO DEL ESTUDIO

La Investigador principal **Nombre del investigador** del proyecto de investigación título de la investigación **En calidad rol que desempeña; especificar si es : profesor o estudiante e identificado con CC xxxxxxxxx,** le informa que en cumplimiento de la **Ley 1581 de 2012** “*Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales*” y su Decreto Reglamentario 1.377 de 2013, solicita la autorización para el tratamiento (recolectar, almacenar y usar información que hace parte del proyecto) de los datos personales del participante en la investigación en mención.

Los datos que serán tratados por la investigador(a) principal. Los datos que se utilizarán serán los siguientes: Escribir que datos se recolectarán, por ejemplo nombre, apellidos, edad, etc.. de acuerdo con los datos que se requieran para cada estudio Los anteriores datos personales e información suministrada, podrán ser utilizados solo fines: científicos y académicos

Como titular del dato personal, usted podrá ejercer sus derechos, a conocer, actualizar, rectificar, modificar, acceder o solicitar la supresión de un dato o revocar la autorización otorgada, presentando petición, consulta o reclamo mediante comunicación enviada a la persona responsable del tratamiento nombre del investigadorprincipal **al** correo electrónico: Correo del investigador principal o mediante documento físico enviado a la Dirección: carrera 3a este N°47ª15. Bogotá Colombia. Universidad Antonio Nariño, Facultad de Medicina, especificando claramente los datos personales relacionados con su petición junto con la acción requerida por parte de la investigadora principal.

En virtud de lo anterior usted AUTORIZA al (a) investigador(a) principal nombre de IP**,** a realizar el tratamiento de sus datos personales de acuerdo a lo mencionado anteriormente:

**SI ( ) NO ( )**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

C.C.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_