

SOLICITUD DE APOYO

Fecha:

1. Datos generales:

Nombre	
Edad actual:	
Número de Contacto	
Ocupación	
Lugar en donde labora	

2. Tipo de apoyo solicitado

Tipo de Apoyo Solicitado:	
Beneficiario:	
Parentesco:	
Edad actual del Beneficiario:	

3. Historial Clínico

Enfermedad / padecimiento	
Existe un diagnostico por especialista:	
¿Cuál es el diagnóstico?	
¿A qué edad fue diagnosticado?	
¿Actualmente es tratado por algún médico?	

¿Toma Terapias?	
¿Asiste a alguna institución de salud o fundación?	
¿Costo del tratamiento? (aprox)	
¿Toma medicamentos? ¿Cuáles?	

4. Comparte los detalles y/o relato de los hechos

Por medio del presente documento, otorgo mi consentimiento previo, expreso, e informado, a FUNDACIÓN RCD, A.C (Fundación) para que la información vinculada o que pueda asociarse a mí (los "Datos Personales"), incluyendo pero sin limitarse a los datos o información personal no pública, los datos sensibles* como correo electrónico, teléfono, dirección, información bancaria, situación financiera, patrimonial, estado de salud que le he revelado a Fundación pueda ser utilizado para:

- (i) Someter mi solicitud de apoyo a la Fundación.

Con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por FUNDACIÓN RCD, A.C.de que:

- a) La Fundación actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme al Aviso de Privacidad de Beneficiarios.
- b) Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales ("Derechos ARCO").
- c) Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico: fundacionrcd@rcdhotels.com.

La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica,

Nombre: _____

Firma: _____

*Datos sensibles: Aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar discriminación, por ejemplo la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, de derechos humanos, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.