



Carta de Consentimiento Programa Apoyo Psicológico

Por medio del presente documento, otorgo mi consentimiento previo, expreso e informado a Fundación RCD, A.C. ("Fundación RCD") y a Solaya Hospitality Management Group, S. de R.L. de C.V. ("PAM Hotels"), en su carácter de responsables del tratamiento, para que la información que me identifica o pueda asociarse conmigo (los "Datos Personales"), incluyendo datos personales sensibles, tales como correo electrónico, número telefónico y datos relativos a mi estado de salud (incluyendo padecimiento y motivo de consulta), entre otros, que he proporcionado o llegue a proporcionar, sea tratada para las siguientes finalidades:

- (i) Evaluar mi solicitud de inscripción y, en su caso, el otorgamiento de apoyo o beca dentro del programa.
- (ii) Verificar y confirmar mi identidad como participante del programa.
- (iii) Gestionar mi inscripción, participación y seguimiento administrativo en el Programa de Apoyo Psicológico de Fundación RCD.

Asimismo, manifiesto mi voluntad expresa de inscribirme al Programa de Apoyo Psicológico, por lo que acepto y reconozco que:

- a) Asistiré puntualmente a las sesiones con las especialistas de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo Humano, proporcionando información veraz y completa sobre mi estado de salud, con la finalidad de cumplir adecuadamente con el programa.
- b) La responsabilidad del seguimiento del apoyo psicológico corresponde exclusivamente al suscrito, por lo que deslindo a Fundación RCD y a PAM Hotels de cualquier responsabilidad relacionada con dicho seguimiento.
- c) En caso de inasistencia a tres sesiones y/o de no dar seguimiento adecuado al programa, lo que derive en la falta de resultados, podré ser dado(a) de baja del programa.
- d) La información que proporcione directamente a las especialistas de la Clínica de Crecimiento y Desarrollo Humano, así como aquella que sea revelada durante las sesiones de consulta, tendrá carácter estrictamente confidencial y no será compartida con Fundación RCD y/o PAM Hotels, bajo ninguna circunstancia, en respeto al derecho a la intimidad y al principio de confidencialidad de la relación profesional-paciente.
- e) Conozco las bases, lineamientos y requisitos del Programa de Apoyo Psicológico, y me comprometo a cumplirlos en su totalidad.

Con la firma del presente documento, manifiesto de manera libre y voluntaria que he sido debidamente informado(a) por Fundación RCD y por la Clínica de Crecimiento y Desarrollo Humano que:



- a. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, otorgo mi consentimiento expreso para el tratamiento de mis datos personales sensibles, incluidos aquellos relativos a mi estado de salud, exclusivamente para las finalidades descritas en el presente documento.
- b. Fundación RCD y PAM Hotels actuarán como responsables del tratamiento de los datos personales de los cuales soy titular, y podrán recolectar, usar, almacenar y tratar dichos datos, conjunta o separadamente, conforme a lo establecido en su respectivo Aviso de Privacidad.
- c. Reconozco que, como titular de los datos personales, cuento con los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición, así como con el derecho de revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de mis datos personales, en los términos previstos por la legislación aplicable.
- d. Para cualquier duda, comentario o ejercicio de derechos relacionados con el tratamiento de mis datos personales, puedo contactar al correo electrónico: privacy@pamhotels.com

Declaro conocer y aceptar los términos del Aviso de Privacidad de Fundación RCD y de PAM Hotels, se encuentran disponibles para su consulta en www.rcdfundacion.org y www.pamhotels.com, respectivamente, y manifiesto mi aceptación voluntaria de los términos y condiciones del Programa de Apoyo Psicológico.

Se firma en _____, el _____ de _____ del 20____.

Nombre completo: _____

Departamento: _____ Número de colaborador: _____

Propiedad en la que te encuentras físicamente: _____

Puesto: _____

Modalidad de sesión: ☐ Presencial ☐ Virtual

Correo electrónico personal: _____

Número telefónico: _____

Firma: _____

Favor de entregar copia de tu identificación oficial, junto con este documento