



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL
ALTA ESPECIALIDAD
IXTAPALUCA

Dirección de Administración y Finanzas
Subdirección de Recursos Humanos
Coordinación de Reclutamiento y Selección

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO DE TRANSMISIÓN DE DATOS
PERSONALES PARA PARTICIPAR EN BOLSAS DE TRABAJO
INTERINSTITUCIONALES**

Ixtapaluca, Estado de México, ____ de ____ 2023

**LIC. HUGO FRANCISCO ROSAS CUEVAS
SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DEL
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE IXTAPALUCA
PRESENTE**

Por medio de la presente, Yo _____
sí ☐ no ☐ consiento y autorizo expresamente al Hospital Regional de
Alta Especialidad de Ixtapaluca, que mis datos personales sean tratados y
transmitidos por medio impreso a empresas e instituciones del mismo grupo de
interés, para ser considerado como posible candidato en alguna oferta laboral
distinta a la solicitada en esta institución, conforme a los términos y condiciones
señalados en los artículos 97, 98, Fracción II de la Ley Federal de Transparencia y
Acceso a la Información Pública, no teniendo ni reservando ninguna acción o derecho
en contra del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

A t e n t a m e n t e.

Nombre y Firma



2023
AÑO DE
Francisco
VILLA
EL REVOLUCIONARIO DEL PUEBLO