

Aviso de privacidad integral

- 1. Responsable del tratamiento:** El Centro Universitario Visionarios Herbart, plantel Tizayuca, con domicilio en Calle Chabacano, manzana C, lote 6, Colonia Los Ciruelos, Código Postal 43825, en el Municipio de Tizayuca, Hidalgo, es responsable de recabar sus datos personales y del uso y protección de los mismos.
- 2. Finalidades:** Los datos personales recabados serán utilizados para:
 - a) Gestión de servicios educativos;
 - b) Trámites de control escolar y titulación
 - c) Facturación y cumplimiento de obligaciones fiscales, y
 - d) Comunicación de información académica o institucional.
- 3. Datos personales:** Para las finalidades señaladas, recabamos: nombre, CURP, RFC, domicilio, correo electrónico, teléfono y, en caso necesario, datos de salud.
- 4. Transferencias:** Sus datos pueden ser compartidos con:
 - a) El SAT para fines de facturación;
 - b) La SEP/Dirección General de Profesiones para validación de estudios y titulación;
 - c) Instituciones con las que tengamos acuerdos de incorporación.No realizamos otras transferencias de datos sin su consentimiento, salvo las previstas por la Ley.
- 5. Derechos ARCO y revocación:** Usted tiene derecho a conocer qué datos tenemos (Acceso), rectificarlos (Rectificación), cancelarlos (Cancelación) u oponerse a su uso (Oposición). Para ejercer estos derechos, presente una solicitud por escrito en la Coordinación de Control Escolar, por escrito o bien al correo electrónico adminescolar@visionariosherbart.edu.mx
- 6. Limitación de uso o divulgación:** Usted puede inscribirse en el Registro Público para Evitar Publicidad (REPEP) o solicitar a la Institución su exclusión de nuestras bases de datos de mercadotecnia.
- 7. Cambios al aviso:** Cualquier modificación a este aviso será comunicada a través de nuestra página web <https://herbart.com.mx/web/>

Consentimiento expreso para el tratamiento de datos sensibles

Manifiesto que he leído y comprendido el presente Aviso de Privacidad Integral. Otorgo mi consentimiento expreso y por escrito para que el Servicio de Enfermería trate mis datos personales sensibles o los de mi hija(o), si es el caso, estrictamente para las finalidades médicas, preventivas y de primeros auxilios aquí descritas.

**Nombre y firma de la persona contratante
(padre, madre, tutor legal o responsable de pago)**

Fecha: ____/____/____