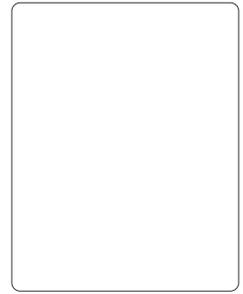




EXPO-ENCUENTRO

Medicina Tradicional y Terapias Complementarias



FICHA DE DATOS GENERALES

Tipo de Socio

No. filiación

TIPO DE ASOCIADO

- S. Fundador S. Afiliado Delegado Local
- S. Colaborador Patrocinador Delegado Internacional
- S. Honorífico (Emérito) Voluntariado Institución Asociada

TIPO DE DISCAPACIDAD

- Física Sensorial
- Mental Intelectual

DOCUMENTO CON EL SE ACREDITA INCAPACIDAD

Constancia Médica expedida por:

- IMSS ISSSTE SSA DIF CRIT SSE

DATOS PERSONALES

Nombre (s)			Apellido Paterno			Apellido Materno		
Fecha de Nacimiento			Nacionalidad					
Lugar de Nacimiento (Municipio/Demarcación)				Entidad Federativa				
CURP				RFC				
Especifique Ocupación								

DOMICILIO PARTICULAR

Calle			Número interior			Número exterior		
Colonia, fraccionamiento, barrio				Ciudad, localidad o pueblo				
Demarcación o municipio			Entidad federativa			Código postal		
Teléfono fijo (con lada)			Celular (10 dígitos)			Correo electrónico		

AVISO DE PRIVACIDAD

I. Expoencuentro en cumplimiento a lo previsto en el artículo 21 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, es responsable del tratamiento de los Datos Personales y/o Datos Personales Sensibles que le sean proporcionados por personas físicas o personas morales.

II. Los Datos Personales del Titular que serán incorporados, protegidos y tratados en nuestros Sistemas (Control de Gestión) con la finalidad de única y exclusivamente llevar a cabo los objetivos y las atribuciones de esta Administración, para poder dar seguimiento a los diferentes trámites administrativos que solicite dentro de la misma.

Por lo tanto se entiende que los Datos Personales y/o Datos Personales Sensibles que se proporcionan en cada solicitud en específico serán obligatorios y necesarios para iniciar su trámite, por lo que desde este momento el Titular de los datos otorga su consentimiento para el tratamiento de los mismos. Ante la negativa de proporcionar los Datos Personales y/o Datos Personales Sensibles no se iniciará el trámite correspondiente a la solicitud realizada.

III. Podrán ser tratados los Datos Personales y/o Datos Personales Sensibles, siempre con respeto de sus derechos; no se realizarán transferencias adicionales, salvo los supuestos de excepción previstos por el artículo 16 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados en el cual menciona entre otros supuestos, que esté sujeto a una orden judicial, resolución o mandato fundado y motivado de autoridad competente, cuando las transferencias que se realicen entre responsables, sean sobre datos personales que se utilicen para el ejercicio de facultades propias, compatibles o análogas con la finalidad que motivó el tratamiento de los datos personales, para atender requerimientos de información de una autoridad competente, en ejercicio de sus atribuciones y que estén debidamente fundados y motivados, entre otros.

IV. El Titular tendrá el derecho de acceder, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento de sus datos personales cuando estos resulten inexactos, incompletos o no se encuentren actualizados, esto será mediante la solicitud, la cual se puede descargar en la página www.expoencuentro.org o en las ventanillas de atención en nuestra sede oficial.

V. El Aviso de Privacidad Integral está disponible para su libre acceso y consulta en la página de internet www.expoencuentro.org o de manera visible en nuestras oficinas.

BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD Y APERCIBIDO DE LAS PENAS EN QUE INCURREN LAS PERSONAS QUE DECLARAN CON FALSEDADE O PRESENTEN DOCUMENTACIÓN FALSA O ALTERADA ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

HE LEÍDO Y ACEPTO LAS CONDICIONES Y TÉRMINOS DEL PRESENTE AVISO DE PRIVACIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO



EXPO-ENCUENTRO

Medicina Tradicional y Terapias Complementarias

DOMICILIO DEL CENTRO TERAPEUTICO

Calle			Número interior			Número exterior		
Colonia, fraccionamiento, barrio				Ciudad, localidad o pueblo				
Demarcación o municipio			Entidad federativa			Código postal		
Teléfono fijo (con lada)			Celular (10 dígitos)			Correo electrónico		
Sitio Web					Redes Sociales			

APARTADO PARA DATOS SOBRE EL TERAPEUTA

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

En Dominio %

En Dominio %

	En Dominio %			En Dominio %		
	Básico	Intermedio	Avanzado	Básico	Intermedio	Avanzado
Apiterapia	<input type="checkbox"/>					
Homeopatía	<input type="checkbox"/>					
Acupuntura	<input type="checkbox"/>					
Fitoterapia	<input type="checkbox"/>					
Terapia Floral	<input type="checkbox"/>					
Salas de Shussler	<input type="checkbox"/>					
Hidroterapia	<input type="checkbox"/>					
Aromaterapia	<input type="checkbox"/>					
Reiki	<input type="checkbox"/>					
Reflexología	<input type="checkbox"/>					
Cromoterapia	<input type="checkbox"/>					
Yoga	<input type="checkbox"/>					
Masajes	<input type="checkbox"/>					
Quiropraxia	<input type="checkbox"/>					
Meditación	<input type="checkbox"/>					
Naturopatía	<input type="checkbox"/>					
Iridiología	<input type="checkbox"/>					
Moxibustión	<input type="checkbox"/>					
Psicoterapia	<input type="checkbox"/>					
Auriculoterapia	<input type="checkbox"/>					
Conoterapia	<input type="checkbox"/>					
Ozonoterapia	<input type="checkbox"/>					
Biomagnetismo Médico	<input type="checkbox"/>					
Biodescodificación	<input type="checkbox"/>					
PNL	<input type="checkbox"/>					
Cristaloterapia	<input type="checkbox"/>					
Angeología	<input type="checkbox"/>					
Fisioterapia	<input type="checkbox"/>					
Bioenergética	<input type="checkbox"/>					
Kinesiología	<input type="checkbox"/>					
Radiestesia	<input type="checkbox"/>					
Drenaje Linfático	<input type="checkbox"/>					
Conoterapia	<input type="checkbox"/>					
Naturismo	<input type="checkbox"/>					
Nutrición	<input type="checkbox"/>					
Registros Akashicos	<input type="checkbox"/>					
Herbolaria	<input type="checkbox"/>					
Osteopatía	<input type="checkbox"/>					
Alfabetismo	<input type="checkbox"/>					
Terapia Neural	<input type="checkbox"/>					
Sonoterapia	<input type="checkbox"/>					
Medicina Tradicional	<input type="checkbox"/>					

DOMINIO DE OTRAS TÉCNICAS y/o habilidades

Favor de anotar aquellas que puedan servir para referencia de nuevos cursos y/o talleres que usted domine o que desee adquirir nuevas habilidades.

IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE ORIGINAL (Debe contener fotografía y firma INE, PASAPORTE, CEDULA, CARTILLA MILITAR, LICENCIA DE MANEJO)

FECHA

FIRMA