

FECHA DE ELABORACIÓN: DIA: MES: AÑO:

DATOS DE LA PERSONA OBJETO DE CALIFICACIÓN

Nombre y Apellidos:	
Número Documento de Identidad:	
Teléfono:	
Dirección:	
Email:	

AUTORIZACIÓN

SI **NO**

Fui informado (a) del cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013 y en virtud de lo anterior, Autorizó a la Junta de Calificación de Invalidez del Meta el tratamiento (recolectar, almacenar, usar y circular a terceros) de mis datos personales como paciente objeto de calificación. Los datos que serán tratados por la Junta serán los correspondientes a nombre, apellidos, fecha de nacimiento, tipo y número de documento de identidad, dirección del domicilio, correo electrónico, teléfono fijo, teléfono celular, ciudad de residencia, estado civil, datos del empleador y de acudiente. Así mismo, son susceptibles de Tratamiento, la Historia clínica médica ocupacional y laboral, resultados de los exámenes de salud, bases de datos y cualquier información asociada al proceso de Calificación.

Autorizo a la Junta de Calificación de Invalidez del Meta para que la **cita de Valoración se realice por medios virtuales a través de video llamada**

Autorizó a la Junta de calificación de Invalidez del Meta para que acceda a mi Historia clínica médica ocupacional y laboral en calidad de paciente, para fines de emisión de dictamen.

Autorizo notificación por medios electrónicos

Autorizo y acepto que dentro del trámite de calificación que se adelante en la Junta regional de Calificación de Invalidez del Meta, y para mayor agilidad se me notifique y/o comunique cualquier decisión o requerimiento por medio del correo electrónico que registré en ítem anterior de este documento.

La anterior autorización se sustenta en el Artículo 56 de la ley 1437 del 2011 "...Artículo 56. Notificación electrónica. Las autoridades podrán notificar sus actos a través de medios electrónicos, siempre que el administrado haya aceptado este medio de notificación. Sin embargo, durante el desarrollo de la actuación el interesado podrá solicitar a la autoridad que las notificaciones sucesivas no se realicen por medios electrónicos...".

Dejo constancia que NO ____ SI ____ he presentado mi caso ante otra Junta por el mismo motivo y causa.

En constancia de lo anterior, firma:

FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE

N° DOCUMENTO: _____