

**División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades**  
Información confidencial

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

(Nombre y apellido de la persona)

(Fecha)

Al firmar este documento, reconozco que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la División.

(Firma de la persona)

(Fecha de la firma)

---

**Solo para uso de la División**

---

¿Se recibió el acuse de recibo?     Sí     No

Motivo por el que no se obtuvo el acuse de recibo:

(Nombre y apellido del miembro del personal)

(Firma del miembro personal)

(Fecha de la firma)