

CURRICULUM VITAE

NOMBRE DEL TITULAR

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

PUESTO

^{Puesto}
Olivares Flores Armando

CATEGORIA

Sub-administrador Farmacia
Categoría en el recibo que le pagan el Servicio Médico

ESTUDIOS REALIZADOS

Sub-administrador Farmacia A
Ultimo grado de preparación académica, Título
obtenido, lugar y fecha

EXPERIENCIA LABORAL

Lic. en ed. Superior y L.E.F.
Últimos tres empleos lugar y fecha

Desde 2004 Esc. Normal de Torreón

AVISO DE PRIVACIDAD

Con fundamento en el artículo 74 de la Ley de Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales para el estado de Coahuila de Zaragoza, se le informa que la información que se solicita en el presente formato, es recabada para ser publicada, en el portal de la Institución, conforme a lo establecido en el artículo 19, de la ley en mención; conforme al artículo citado (74), se le informa que, usted puede ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición.

Por lo anterior, y con fundamento en el artículo 76 de la Ley en mención, se le solicita, su autorización por escrito en el presente formato, para el uso de sus datos personales, manifestándolo por medio de su firma autógrafa.

Nombre, puesto y firma

Nombre
Puesto

El formato deberá ser llenado en computadora y se deberá de entregar impreso y con firma autógrafa.