

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Trabajadores y practicantes

Mediante la firma del presente documento, manifiesto haber sido informado(a) por **SAVE THE CHILDREN INTERNATIONAL** (en adelante, "STCI"), sobre lo siguiente:

STCI, identificada con Registro Único de Contribuyente No. 20547444125, con domicilio en Avenida Javier Prado Oeste N° 890, San Isidro, Lima, Perú, efectuará el tratamiento de los datos personales de mi titularidad que yo le proporcione, que obtenga en razón de la ejecución de mis labores en LA INSTITUCIÓN o a los que acceda a través de otras fuentes legítimas de información, los cuales serán almacenados en banco de datos personales de su titularidad denominado "Trabajadores".

Entiendo que con motivo de la ejecución de mi relación contractual con LA INSTITUCIÓN, esta procesará mis datos personales, según corresponda, para las siguientes finalidades: (i) cumplimiento de los deberes que le corresponden a LA INSTITUCIÓN en virtud de lo dispuesto por el marco legal; (ii) administrar mis ingresos, contribuciones sociales, beneficios legales y convencionales, indemnizaciones, retenciones u otros conceptos según corresponda; (iii) gestión de afiliaciones y pagos a la seguridad social (salud y pensiones); (iv) evaluación de desempeño y (v) al término de mi relación contractual, para el pago de liquidación y beneficios sociales. Asimismo, autorizo a LA INSTITUCIÓN a que procese mis datos personales para las siguientes finalidades (marcar aquellas finalidades para las que autoriza el tratamiento de sus datos personales):

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | Organización de actividades sociales dirigidas al personal y sus familiares |
| ☐ | Ejecución de iniciativas dirigidas a mejorar el clima laboral y campañas de beneficios |
| ☐ | Envío de información que pueda ser de mi interés |
| ☐ | Monitoreo del uso del equipo informático que me ha sido otorgado para la ejecución de mis actividades en LA INSTITUCIÓN |
| ☐ | Funcionamiento del canal ético de LA INSTITUCIÓN |

Entiendo que mi información personal podrá ser almacenada por **LA INSTITUCIÓN** durante el plazo de vigencia de mi relación contractual con esta y hasta por 7 años luego de producida su terminación, sin perjuicio de la causa de la misma y salvo disposición legal distinta.

De igual forma, declaro haber sido informado(a) por **LA INSTITUCIÓN** en relación a que mis datos personales serán procesados por terceros contratados por **LA INSTITUCIÓN**, siendo estos los siguientes: Servicio de Vigilancia Médica Ocupacional proporcionado por MS & M CONSULTING S.R.L con dirección: Asociación - Montecarlo I, MZ N, Lote N°42 Calle 13, San Martín de Porres; Asesoría en SST proporcionada; evaluación de engagement a cargo de Agenda Consulting 2nd Floor 11-12 Cornmarket Street Oxford UK, y al Grupo Tawa con dirección Av. Pershing 465 interior 201 en Magdalena del Mar.

Asimismo, entiendo que **LA INSTITUCIÓN** transferirá mis datos personales a: la Oficina Regional de SCI en Panamá o la Oficina del Centro de SCI en Inglaterra cuando sea requerido como parte de los procesos de la organización.

Conozco que, en mi calidad de titular de datos personales, tengo derecho a acceder a mis datos personales, a su actualización, inclusión, rectificación y supresión, así como a impedir su suministro y a un tratamiento objetivo de mi información en cualquier momento. He sido informado(a) que para ejercer cualquiera de dichos derechos debo remitir una comunicación al correo gabriela.neyra@savethechildren.org y, de no obtener una respuesta o de obtener una respuesta desfavorable, podré acudir a la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales a exigir el ejercicio de mis derechos mediante un procedimiento administrativo de tutela.

Por último, declaro haber sido informado(a) en relación a que, de no aceptar el procesamiento de mi

información personal en los términos antes descritos, no deberé suscribir el presente documento. Asimismo, declaro haber sido informado(a) en relación a que no otorgar el consentimiento para el procesamiento de mi información personal en los términos descritos, podría obstaculizar el adecuado desenvolvimiento de la relación que me vincule con LA INSTITUCIÓN.

Mediante la firma de este documento, autorizo de manera libre, expresa, previa e informada a LA INSTITUCIÓN al tratamiento de mi información personal en los términos antes detallados.

Nombre completo

Firma

Fecha