***AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE INHABILIDAD POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES***

El(la) suscrito(a) autorizo libre, expresa, inequívoca y exclusivamente a la Universidad Nacional de Colombia, con NIT 899.999.063-3, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa - Policía Nacional de Colombia, en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, como requisito previo para mi eventual contratación y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de ésta y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales, publicada en el enlace https://unal.edu.co/proteccion-de-datos-personales, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Dada en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_