AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

APLICA[1]: SI **X** NO: _____

la suscrita **LUZ MERY ALARCÓN GUISAO** autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Municipio de Envigado con NIT. 890907106-5, 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, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma 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 https://www.envigado.gov.co/, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Incluir la siguiente nota cuando aplique, tanto para persona jurídica/persona natural que cuente con personal a cargo y en razón de su objeto y actividades a desarrollar tenga relación directa y habitual con menores de edad.

Así mismo declaro que he realizado la verificación del personal a mi cargo, previa autorización de éste y que no se encuentra incurso en inhabilidad por delitos sexuales.

FIRMA:

Proponente: **IKALA-EMPRESA PARA EL DESARROLLO SOCIAL S.A.S.-BIC**
Nit 811022703-6
Nombre del Representante Legal: **LUZ MERY ALARCÓN GUISAO**
Cédula: 43.024.316 de Medellín
Dirección de correo: Calle 53 #45 -112
Teléfono / Celular: 604 4245190 / 3103889029
Correo electrónico: gerencia@ikalasocial.com
Ciudad: Medellín

[1] Cuando no le aplique indicar N/A