FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PARA PROCESOS DE LICITACIÓN, SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA, SUBASTA INVERSA Y CONCURSO DE MÉRITOS Y DEMÁS MODALIDADES.

El(la) suscrito(a) _____ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. _____ con fecha de expedición Día____Mes____Año_____, 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 Departamento del Meta Nit. 892.000.148-8, 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 contractual, laboral o reglamentaria, cada cuatro (4) meses mientras exista mi vinculación directa o indirecta con el Departamento del Meta.

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, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de _____ el día _____(__) de _____ de _____.

Firma _____
Nombre _____
Cédula _____

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PARA PROCESOS DE LICITACIÓN, SELECCIÓN ABREVIADA DE MENOR CUANTÍA, SUBASTA INVERSA Y CONCURSO DE MÉRITOS Y DEMÁS MODALIDADES.