FORMATO AUTORIZACION CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

El (la) suscrito(a) ___PEDRO NEL PINTO VARGAS__ identificado con C.C./ C.E./ P.P No. __91.479.901___ expedida en __BUCARAMANGA_, 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 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE ''SENA'', con NIT 899999034, 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, para asuntos contractuales o legales y reglamentarios y, así mismo a consultarlo cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente mi contrato.

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 Girón, el día ____SEIS__ (6) de __ABRIL_____ de 2020.



Firma
Nombre_____PEDRO NEL PINTO VARGAS___
Cédula ____91.479.901 DE BUCARAMANGA_____