UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

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 y la Ley 2375 de 2024, como requisito previo para mi eventual vinculación o 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 _____ de 20___.

Firma _____

Nombre _____

Cédula _____

Expedida en _____