

**AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DEL REGISTRO DE INHABILIDADES POR
DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA PERSONAS MENORES EDAD**

_____ identificado(a) con **C.C. () C.E. ()**
N.º _____ 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, a la **UNIVERSIDAD INDUSTRIAL
DE SANTANDER** con NIT. 890.201.213-4, 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 con
la **UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER** o durante la vigencia de aquella, cada cuatro
(4) meses.

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 siguiente enlace https://www.uis.edu.co/webUIS/es/documentos/Reso1227_2013.pdf,
manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Bucaramanga, el día _____.

Firma _____

Nombre _____

Cédula _____