

	ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE BUCARAMANGA PROGRAMA DE FORMACION COMPLEMENTARIA	COD: 001 - 2025	
		VERSION: 01	
		Página 1 de 1	
RESOLUCION DE APROBACION No. 17781 DICIEMBRE 5/00. DANE 168001000525. NIT 890201212-7			

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES

(Ciudad y Fecha) _____

Señores
ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE BUCARAMANGA

Referencia: Autorización consulta de inhabilidades Ley 1918 de 2018 por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales cometidos contra niños, niñas y adolescentes menores de 18 años.

Yo, _____, identificado con la Cédula de Ciudadanía___ o T.I. ___ No. _____ Expedida en la ciudad de _____ ; autorizo previa, expresa y por escrito a la Normal Superior de Bucaramanga identificada con el NIT: 890201212-7 para que realice dentro del proceso de admisión o permanencia en el Programa de Formación Complementaria, la consulta en el registro de inhabilidades por delitos contra la libertad, integridad y formación sexuales contra niños, niñas y adolescentes establecido por la Ley1918 de 2018.

La anterior autorización se otorga en virtud de lo señalado en el artículo 1º del Decreto 753 de 2019, reglamentario de la Ley 1918 de 2018 y de la misma se dejará constancia dentro del archivo de hoja de vida del estudiante durante mi permanencia en el programa; así mismo, se autoriza a la coordinación del programa para que realice cada seis (06) meses la respectiva consulta en el registro público, durante el tiempo que se tenga una relación directa o habitual con niños, niñas y adolescentes menores de 18 años en el desempeño de mis deberes como estudiante y maestro en formación.

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

Atentamente,

FIRMA _____
NOMBRE COMPLETO _____
NUMERO DE DOCUMENTO _____
Fecha _____