**AUTORIZACIÓN CONSULTA REGISTRO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES**

(Nombre de la persona sobre la que se consultará), identificado(a) con C.C./ C.E./ P.P No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1918 de 2018, **autorizo** a la Universidad de Antioquia con NIT. 890.980.040-8, para consultar mis antecedentes en el Registro de Inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, y demás registros públicos sobre inhabilidades establecidas en la Ley, para efectos de la inscripción o actualización como proveedor de la Universidad de Antioquia, y posteriores verificaciones que se requieran, en los términos del Artículo 4 de la misma Ley.

Así mismo, he verificado que el personal que intervendría en la prestación del servicio a la Universidad no tiene antecedentes en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años.  **SI he verificado**  **NO he verificado**

La recolección y el tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, y las Resoluciones Rectorales 38017 de 2013 y 39994 de 2015, o aquellas normas que las deroguen o modifiquen. La Política de Tratamiento de Datos Personales de la Universidad de Antioquia puede consultarse en <https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/politica-tratamiento-datos-personales>

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Legible:** |  |
| **Documento de identidad:** |  |
| **Fecha de Expedición del documento:** |  |
| **Firma:**  |  |
| **Fecha de autorización:** |  |

|  |
| --- |
| **CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN POR PARTE DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA** |
| **Nombre de quién verifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Cédula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fecha Verificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**El suscrito, plenamente autorizado para la verificación de antecedentes de delitos sexuales, y obrando exclusivamente para los efectos autorizados por el titular de los datos, dejó constancia que una vez consultado el aplicativo del Registro de Inhabilidades por delitos sexuales de la persona que antes suscribe, **NO** se encontraron antecedentes  **SI** SE ENCONTRARON ANTECEDENTES **(se adjunta evidencia)**Nota. Anexo constancia de consulta. |