

FORMATO AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TÍTULOS

El(la)suscrito(a) _____
identificado(a) con C.C.____ C.E.____ P.P____ No._____
expedido(a) en _____, mediante el presente
documento y de manera libre y voluntaria, de conformidad con lo establecido en la
Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, autorizo a la Secretaría de
Educación de Bucaramanga para realizar el proceso de verificación del siguiente
título académico:

Programa: _____

Universidad: _____

En constancia se suscribe la presente autorización en la ciudad de
_____, a los _____ días del mes de _____
del año _____.

Firma _____

Nombre _____

No. Documento _____

Teléfono _____

Correo electrónico: _____