|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: | Semestre: 1\_\_\_ 2 \_\_\_ Año:  |
| **Programa Académico:** |
| **Asunto:** Autorización respecto al manejo de información académica por ser menor de edad |
| Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con el Documento de Identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expedido en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo en condición de mi Representante Legal a mi acudiente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía, para el uso de la información académica que se genere bajo mi formación como profesional. Consiento y autorizo de conformidad lo manifestado e informado de manera previa, clara y precisa. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombres y Apellidos Estudiante Firma y Documento de Identidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombres y Apellidos Acudiente Firma y Documento de Identidad |