|  |  |
| --- | --- |
| 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 | |