

**FORMATO DE AUTORIZACION PARA CONSULTA DE INHABILIDADES POR
DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS Y NIÑAS Y ADOLESCENTES**

El (la) suscrito(a) _____

Identificado con C.C./ _____

Expedida en _____

Autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la EAS FUNDACION AMALAKA con NIT 817001328-9, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legaly reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicie de la misma y mientras se encuentre vigente.

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 Tratamiento de Datos Personales publicada en www.amalaka.com.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en el Municipio de _____, el día (_ _) de _____ 2023.

Firma _____

Nombres y Apellidos _____

Cédula _____