



PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Versión: 04

Código:

GTH-F-112

## 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](http://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 \_\_\_\_20\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_