**INSCRIPCION A CURSOS LIBRES O EXTENSION**

FOTO A COLOR FONDO BLANCO 3X4

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA SOLICITUD** | **DIA** | **MES** | **AÑO** | **PERIODO SOLICITUD** | **AÑO** | **SEMESTRE** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMA ACADÉMICO QUE OFERTA CURSOS** | | | **SEDE** | |
|  | | |  | |
| **APELLIDOS Y NOMBRE** | | | **NRO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | |
|  | | |  | |
| **DIRECIÓN RESIDENCIA** | | **ESTRATO** | | **MUNICIPIO RESIDENCIA** |
|  | |  | |  |
| **TELEFONO CELULAR** | **TELEFONO FIJO** | | | |
|  |  | | | |
| **E-MAIL PERSONAL** | | | | |
|  | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## FIRMA DEL ASPIRANTE

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que AUTORIZO a la Universidad Católica Luis Amigó para que, en los términos del literal a) del artículo de la Ley 1581 de 2012, y las demás normas que reglamenten o complemente, realice la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, y en general, tratamiento de mis datos personales, incluyendo datos sensibles, se me ha informado además que por tratarse de datos sensibles no estoy obligado a autorizar el tratamiento de datos como mis huellas digitales, fotografías, grupo sanguíneo, estrato social, videos y demás datos que puedan llegar a ser considerados como sensibles de conformidad con la Ley, se utilizarán estos datos con el fin de lograr las finalidades relativas a ejecutar el control, seguimiento, monitoreo, vigilancia y, en general, garantizar la seguridad de sus instalaciones.

***A ESTE FORMULARIO DEBE ANEXAR:***

* ***Foto reciente tamaño 3x4 a color***
* ***Copia ampliada y legible de ambos lados del documento de identidad, plasmadas en una sola hoja***
* ***Para aspirantes extranjeros, cédula de extranjería y visa que le autorice adelantar estudios en Colombia.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESPACIO PARA SER TRAMITADO POR LA DIRECCIÓN DEL PROGRAMA QUE OFERTA CURSOS:** | | | | | | | |
| **FECHA ESTUDIO SOLICITUD** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **APROBADO** | | **PERIODO** | |
|  |  |  | **SI** | **NO** | **AÑO** | **SEMES.** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DECANATURA O DIRECCION DEL PROGRAMA**