**ACTUALIZACION Y AUTORIZACION TRATAMIENTO DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS ESTUDIANTE** | | | | | | | | | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |
| **DIRECCIÓN RESIDENCIA** | | | | | | | | **ESTRATO:** | | | **MUNICIPIO RESIDENCIA** | |
|  | | | | | | | |  | | |  | |
| **ESTADO CIVIL** | | | | | **NRO. CELULAR** | | | | | | | **NRO. FIJO** |
|  | | | | |  | | | | | | |  |
| **E-MAIL PERSONAL** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **CONTACTO DE EMERGENCIA** | | | | | | | | | | | | |
| **EPS/ARS:** |  | | | | | | | | | | | |
| **Nombres y apellidos (primer contacto)** | | | |  | | | | | | | | |
| **Parentesc**o: |  | | | | | | **Número de contacto**: | | |  | | |
| **Nombres y apellidos (segundo contacto)** | | |  | | | | | | | | | |
| **Parentesco:** | |  | | | | **Número de contacto:** | | | |  | | |

***ANEXAR COPIA LEGIBLE DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

Autorizo el envío de información institucional por los siguientes medios: impreso, postal, virtual, digital, electrónico, telefónico, SMS, u otros que lleguen a considerarse, orientaciones de procesos académicos, entre otros que se deriven de mi vínculo con la institución, con el fin de estar informado del acontecer de la Universidad Católica Luis Amigó. De igual manera para ser considerado en estudios de investigación, mercadeo, satisfacción del usuario y otros que sean de importancia y relevancia de la Universidad.

SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_

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. Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles:

SI\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

(Según lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que reglamenten o complemente).

Autorizo que mi información académica o mi desempeño conductual sea informada por cualquier medio a mis padres, acudientes, representantes legales u otros que ejerzan la guarda, custodia o vigilancia sobre mí.

SI\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(Según lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que reglamenten o complemente).

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

Firma Estudiante:

No. Documento Identidad: