

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DIPLOMADO

Foto Reciente

DATOS PERSONALES

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombres			
Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento			Departamento			Sexo
Día	Mes	Año							F <input type="radio"/>
									M <input type="radio"/>
Cédula de Ciudadanía Nro.				De					
Correo Electrónico						Teléfono			
Profesión / Actividad Laboral				Institución / Empresa			Ciudad		
Diplomado al que aspira									
Modalidad a Cursar		Virtual <input type="radio"/>		Nombre del Diplomado					
		Presencial <input type="radio"/>							
Firma					Fecha				

MANIFESTACIÓN DE AUTORIZACIÓN A LA UNIVERSIDAD DE BOYACÁ POR PARTE DEL TITULAR Y/O REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR DEL TITULAR MENOR DE EDAD/ADOLESCENTE

Yo, _____, identificado (a) con documento de identidad No. _____ expedido en _____, en mi calidad de (Representante Legal/Tutor del titular _____), identificado (a) con documento de identidad No. _____ expedido en _____, en calidad de _____*, de conformidad con el artículo 10 del Decreto No. 1377 del 27 de junio de 2013 del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, autorizo a que la Universidad de Boyacá en adelante haga uso de mis (los) datos personales (del titular), en los diferentes procesos académicos y administrativos para los cuales la Institución ha sido facultada, en cumplimiento de su objeto social y en virtud de las relaciones comerciales que de allí puedan desarrollarse conmigo.

Asimismo, conforme al Decreto y atendiendo el compromiso con la ley, la Universidad de Boyacá nos informa que posee la infraestructura y mecanismos de seguridad que garantizan la guarda y confidencialidad de la información tratada en bases de datos u otros sistemas de almacenamiento, adoptando una política de tratamiento y protección de la información, así como los procedimientos necesarios para quienes estén a cargo de hacerlo lo implementen.

De igual manera, la Universidad de Boyacá manifiesta que tengo derecho (en mi calidad de representante legal o tutor del titular) a hacer uso de los procesos de actualización, rectificación o supresión de los datos de aquella información (del titular) desactualizada, incongruente o errónea, lo que no implica alterar o suprimir aspectos propios de la información relacionada con los procesos que apoyan la misión y visión de la Universidad de Boyacá, máxime teniendo en cuenta que las bases de datos o documentos físicos son herramientas de consulta no pública y habilitada única y exclusivamente para cada titular.

Por último, se me informa la posibilidad de acceder a mis (los) datos (del titular) y el derecho de solicitar expresamente, en cualquier momento, su corrección, actualización o supresión, en los términos establecidos por la Ley estatutaria No. 1581 de 2012.

Nombre completo Titular

Nombre completo Representante/Tutor *

Firma

Firma *

Documento de Identidad

Documento de Identidad *

Nombre Funcionario Universidad de Boyacá

Dependencia

Ciudad y Fecha _____

*Debe seleccionar el tipo de relación que usted adquiere con la Universidad de Boyacá:

Aspirante - Estudiante - Egresado - Funcionario - Proveedor - Exestudiante - Exfuncionario - Exproveedor - Otro