San José del Guaviare,

Señores

**E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVAIRE**

Calle 12, Carrera 20- Barrio la esperanza

San Jose del Guaviare

Cordial saludo,

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado (a) con cedula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a la **E.S.E HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE** para que verifique, solicite y/o consulte ante los organismos de seguridad del Estado, toda la información referente a mis antecedentes disciplinarios, fiscales, judiciales,medidas correctivas y el certificado de inhabilidad por delitos sexuales, que requiera el presente tramite.

Declaro que conozco la política de tratamiento de trámite de datos personales y la finalidad de la presente autorización la cual otorgo de manera libre, consciente e informada.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**FIRMA**

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_