



El _____ (la) _____ suscrito _____ (a) _____
_____ identificado (a) con
C.C.____ C.E.____ No. _____ expedido(a) en
_____, mediante el presente documento y de manera
libre y voluntaria, de conformidad con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 de
protección de datos personales, autorizo a Terapias Catherin Tatiana Jiménez S.A.S
para realizar el proceso de verificación del siguiente título académico:

Programa:

Universidad: _____

En constancia se suscribe la presente autorización en la ciudad de _____
_____, a los _____ días del mes de _____
del año _____.

Firma _____

Nombre _____

No. Documento _____

Teléfono _____

Correo electrónico: _____