

FORMATO AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE TÍTULOS

Yo, _____ identificado con

No. _____ expedida en _____,

teniendo en cuenta que la información académica es propiedad del estudiante y de acuerdo con la ley estatutaria 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

Autorizo a la Asociación gremial especializada en salud del occidente “Agesoc” con Nit 900522923-8 en la ciudad de Cali, para que solicite y reciba la verificación académica de mis estudios realizados en

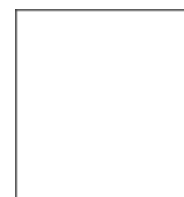
En constancia firmo la presente en _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

Firma

Datos de Contacto

correo: _____

No. de contacto: _____



HUELLA