



UNICUCES
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA CENTRO SUPERIOR



**SOLICITUD DE TÍTULO PROFESIONAL A TRAVÉS DE CORREO CERTIFICADO
Y DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA ENVIAR MI TÍTULO
PROFESIONAL A LA DIRECCIÓN ABAJO REGISTRADA EN LA CIUDAD DE
SANTIAGO DE CALI**

Ciudad y fecha _____

YO, _____

identificado con la cédula de ciudadanía N° _____, egresado del
programa académico de _____,

solicito la expedición y envío del Título Profesional por correo certificado. Así mismo declaro y autorizo en forma voluntaria a la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA CENTRO SUPERIOR, UNICUCES, para que por intermedio de “**Servientrega correo certificado**”, me envíen el Título Profesional que la UNICUCES me otorgará el 15 de agosto de 2020, en ceremonia virtual-sincrónica que se realizará en esta fecha, acto académico dispuesto de esta manera, como medida de contingencia debido al aislamiento obligatorio preventivo declarado por el Gobierno Nacional para la atención de la emergencia ocasionada por la pandemia “Coronavirus COVID-19”.

DATOS DE ENVÍO SÓLO PARA LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI:

Dirección _____

Barrio _____ Ciudad **C A L I**

Teléfono fijo _____ Móvil _____

Correo electrónico _____

Por el presente declaro y certifico que los datos suministrados se ajustan a la realidad y soy el único responsable de la información arriba suministrada. Eximo a la **UNICUCES** de duplicar mi título profesional, por envío y pérdida causados por registro equivocado de mi dirección en la ciudad de **SANTIAGO DE CALI**.

Autorizo la recolección y tratamiento de mis datos personales de acuerdo con lo dispuesto en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la UNICUCES.

Firma _____

Cédula de ciudadanía _____