



**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 20 de noviembre de 2021, 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 **CALI**

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 \_\_\_\_\_