**Autorización para consulta de inhabilidades**

**por delitos sexuales**

Bogotá, D.C,

Señores

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA**

Ciudad.

Yo, *[Nombre completo del solicitante],* identificado(a) con *[Número de documento de identidad]* expedido en *[Lugar de expedición],* autorizo de manera libre, expresa e inequívoca al DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, con el fin de verificar mi idoneidad para desempeñar funciones relacionadas a los servicios profesionales en la *Oficina (especificar oficina)* para desempeñar las funciones relacionadas con el objeto contractual, acorde con la normatividad.

Declaro bajo la gravedad del juramento que la información suministrada es veraz y completa y autorizo al DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA a realizar las consultas necesarias en las bases de datos correspondientes.

De igual manera, declaro que he sido informado(a) sobre los alcances de esta autorización y las consecuencias legales de suministrar información falsa.

Se suscribe en la ciudad de*: [Ciudad], [Fecha]*

Firma:

­­­­­------------------------------------------------------------

*[Firma del solicitante]*

*[Nombre completo del solicitante]*

*[Número de documento de identidad*