

## FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA VALIDACIÓN Y/O VERIFICACIÓN DE ESTUDIOS

Validación de certificado de estudios:  Validación de título profesional:   
Validación de constancia de estudios:  Fecha: -----

**Nombre de la persona Titular:** \_\_\_\_\_  
**Número de cuenta y/o matricula:** \_\_\_\_\_  
**Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Carrera o grado:** \_\_\_\_\_  
**Escuela, facultad o campus:** \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_  
**Comunicado dirigido a:** Ing. Leslie Castañón Caballero  
**Cargo:** Administradora Especial de Ingreso en la  
Unidad del Servicio Profesional de Carrera.  
**Dependencia:** Fiscalía General de la República

De conformidad con lo dispuesto en los ordenamientos jurídicos aplicables en materia de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, autorizo a: **(NOMBRE DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)** para que de no existir inconveniente legal alguno, se pronuncie respecto de la autenticación de documentos y/o informe de mi situación académica actual a la persona servidora pública que se precisa en la tabla que antecede, para tal efecto, en el presente proporciono los datos necesarios.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA**

**Se anexa copia fotostática de Identificación Oficial por ambos lados.**