



**Universidad Interamericana de Puerto Rico
Recinto de Aguadilla**

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

fecha

A quien pueda interesar:

_____ **Autorizo** a la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de Aguadilla a suministrar mis datos personales que incluyen: nombre, dirección y concentración a las organizaciones estudiantiles de la Universidad Interamericana y la Asociación de Exalumnos Poly-Inter.

_____ **No autorizo** a la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de Aguadilla a suministrar mis datos personales que incluyen: nombre, dirección y concentración a las organizaciones estudiantiles de la Universidad Interamericana y la Asociación de Exalumnos Poly-Inter.

Nombre en letra de molde

Seguro Social

Firma

diq