



| | | | |
|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Denominación del Posgrado | | | |
| Nivel del Posgrado | Especialización <input type="radio"/> | Maestría <input type="radio"/> | |
| Metodología del Posgrado | Presencial <input type="radio"/> | Virtual <input type="radio"/> | Distancia <input type="radio"/> |

Autorización

Yo, _____ identificado (a) con documento de identidad Número _____ autorizo, a la **Fundación Universitaria Los Libertadores** para que realice la respectiva verificación del Título de Pregrado _____ de la Universidad _____ con el fin de cumplir con los requisitos establecidos para adelantar mis estudios de Posgrado con la Institución.

En constancia firmo el presente documento en la ciudad de _____ a los _____ () días del mes de _____ del año _____

| | | | |
|--------------------|--------------------|----------------|--|
| Firma | | | |
| Información | Teléfono fijo | Teléfono móvil | |
| | Correo electrónico | Dirección | |