



UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR  
DECANATO DE EXTENSIÓN  
COORDINACIÓN PROGRAMA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

COHORTE 2016-2017

## AUTORIZACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, portador (a) de la C.I, \_\_\_\_\_  
en mi carácter de representante del alumno (a) \_\_\_\_\_,  
de C.I, \_\_\_\_\_, autorizo a mi representado para que asista a las  
actividades académicas del Programa Igualdad de Oportunidades de la Universidad Simón  
Bolívar trasladándose por su cuenta.

Así mismo, hago constar que conozco la problemática del servicio de transporte que  
atraviesa en este momento la Universidad Simón Bolívar afectando el Programa PIO en la  
Sede del Litoral. Me comprometo como representante a apoyar a las medidas que puedan  
ser tomadas por la Coordinación para el cumplimiento de las actividades.

En Vargas, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Firma de representante

---

Firma del alumno