



En Murcia a ____ de _____ de _____.

D^o./D^a. _____, con DNI _____, presta su consentimiento para la realización de las comprobaciones oportunas, para la verificación de su título de diplomado/a o graduado/a en Fisioterapia, cursado en la Universidad _____, con el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de Abril de 2016 y la Ley orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Para que conste donde proceda, en el lugar y fecha arriba indicados.

Firmado: _____