



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTAS
REGION DE MURCIA**

En Murcia a _____ de 201_

D/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 la Ley orgánica 15/ 1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

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

Fdo: