ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTAS
REGIÓN DE MURCIA

Formulario de solicitud de información pública

DNI / CIF *

Nombre completo / razón social *

Expone

Solicita *

Autorización expresa de notificación*

Si usted es una persona física puede elegir el sistema de notificación (por carta o electrónicamente) ante la Administración, conforme al artículo 14.2 de la Ley 39/2015.

Si usted está obligado a relacionarse electrónicamente con las Administraciones conforme al artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen) será notificado electrónicamente aunque haya elegido notificación postal.

☐ **Deseo ser notificado con envío postal**
☐ **Deseo ser notificado por correo electrónico**

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTAS
REGIÓN DE MURCIA

Dirección postal

Correo electrónico

**Campo obligatorio*

Firma del interesado

En _____ a _____ de _____ de 202____