



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: _____

Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Región de Murcia, le informa que su dirección de correo electrónico, así como el resto de los datos de carácter personal de su tarjeta de visita, que nos facilite, serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros sistemas, con la finalidad de gestionar la agenda de contactos de nuestro colegio, para el envío de comunicaciones profesionales y/o personales por vía electrónica. Usted podrá en cualquier momento ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación, supresión u olvido, limitación de tratamiento, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos personales en los términos establecidos en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Siendo el responsable del tratamiento el Ilustre Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Región de Murcia, con domicilio en C/ María Guerrero- 13 -Bajo, 30002 - Murcia.

Confidencialidad: El contenido de esta comunicación, así como el de toda la documentación anexa, es confidencial y va dirigida al destinatario del mismo. En el supuesto de que usted no fuera el destinatario, le solicitamos que nos lo indique y no comunique su contenido a terceros procediendo a su destrucción.

Muchas Gracias.