



CONSENTIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE TITULACIÓN

El Sr./Sra. _____, mayor de edad, con plena capacidad de obrar, con DNI _____, actuando en su propio nombre.

AUTORIZA al Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares a realizar las gestiones pertinentes respecto de la verificación de su título a efectos de colegiación, de conformidad con el artículo 28 del Reglamento General de Protección de datos.

Palma, _____ de _____ de _____

Firmado: _____