



CONSENTIMENT DE VERIFICACIÓ DE TITULACIÓ

El Sr./Sra. _____, major d'edat, amb plena capacitat d'obrar, amb DNI _____, actuant en el seu propi nom.

AUTORITZA al Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears a realitzar les gestions pertinents respecte de la verificació del seu títol a l'efecte de col·legiació, de conformitat amb l'article 28 del Reglament General de Protecció de dades.

Palma, _____ de _____ de _____

Signatura: _____