**A/A: SECRETARIA DEL COLEGIO PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS DE ARAGÓN**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICACION DEL INTERESADO** |
| Nombre y apellidos |  |
| D.N.I.  |  |

**AUTORIZO** al Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Aragón a la verificación del Título de Diplomado o Graduado en Fisioterapia aportado en mi solicitud de alta en el Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Aragón. Todo ello a efectos de colegiación y rigiéndose por la normativa legal vigente:

* Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
* Reglamento General de Protección de Datos: REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Y para que así conste lo firma en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

(Firma)