C/ MARIA ZAMBRANO, 4 – EDIF. DORICO. BAJO

Telf. 968 20 16 65 / 968 24 02 49

Fax 968 20 16 69

30007- MURCIA

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS

DE LA REGIÓN DE MURCIA

CONSENTIMIENTO PARA LA VERIFICACION DE TITULOS EN EL REGISTRO NACIONAL DE TITULADOS UNIVERSITARIOS OFICIALES.

D-. _____,

mayor de edad, con nacionalidad_____y con DNI/NIE número _____, ante el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Murcia, comparece y manifiesta que por medio del presente escrito y en cumplimiento de lo dispuesto en la Disposición Adicional Segunda de la Ley 2/2011 presto mi consentimiento expreso para que el Colegio pueda acceder a dicho Registro a fin de verificar la existencia y validez del título de licenciado/grado en odontología que sirve de base a mi solicitud de colegiación en este Ilustre Colegio, y para que así conste firmo el presente en Murcia a ____de _____ de ____.

Los datos personales facilitados serán tratados por el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Murcia de acuerdo al Reglamento (UE)2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como en el resto de normativa vigente en materia de protección de datos, con la finalidad de tramitar su colegiación. La base legal para el tratamiento de los datos es el cumplimiento de una obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos Personales en el documento “Información Adicional sobre Protección de Datos”