 Avda. del Cid, 100-Bajo, 09006 Burgos

 oficina@combu.es [www.combu.es](http://www.combu.es)

D. ……………………………………………………………………………………………..……..………………………….

con DNI / NIE / PASAPORTE nº ………………………………………………..

Autorizo expresamente al Colegio Oficial de Médicos de Burgos para que realice las comprobaciones necesarias ante el Organismo oficial competente, con el fin de comprobar la validez oficial de la titulación exigida para mi colegiación.

Lo que firmo en ………………………..…………….. a …………… de …………………..………………. 2019

(firma)

Esta Autorización tiene carácter permanente salvo revocación expresa y por escrito del propio autorizante.

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos 3/2018 de 5 de diciembre, le informamos que los datos que nos facilita forman parte del tratamiento de Colegiados y se utilizarán en la gestión del registro de Colegiados así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. El responsable del tratamiento de los datos es COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE BURGOS, con C.I.F.: Q0966001J, dirección postal Avda. del Cid nº 100-Bajo, 09006 Burgos; teléfono: 947201075, correo electrónico: oficina@combu.es, y delegado de protección de datos jfuentes@snfconsultores.com