



**Datos del profesional**

Nombre:	
Apellidos:	
DNI/NIE/Pasaporte:	

**Datos de la titulación:**

Denominación del título (completa)	
Fecha de expedición:	
Nº de registro:	
Centro expedidor:	

**Dirección de correo electrónico (Universidad) o página web oficial para realizar la verificación:** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al Servicio de Recursos Humanos de la Clínica Universidad de Navarra a que solicite la acreditación de la titulación oficial/cualificación profesional detallada a anteriormente, todo ello en cumplimiento de la normativa aplicable en protección de datos de carácter personal, con especial atención al 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 por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (o RGPD) y que establece que los datos de carácter personal objeto de tratamiento sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado.

Firma y fecha:

\_\_\_\_\_ a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_