



AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA VERIFICACIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO/GRADUADO

D/Dña

.....

con DNI autorizo al Colegio Oficial de Biólogos de Castilla y León a verificar mi título de

.....

en el Registro Nacional de Títulos del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

Fecha:

Firma: