RECOGIDA DE FIRMAS

POR UN MÁSTER EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD CON ATRIBUCIONES PROFESIONALES

Nº	Nombre/ Apellidos	DNI	Ciudad (Provincia)	Firma

APOYO CON MI FIRMA LA PETICIÓN URGENTE DE LA APROBACIÓN DEL MASTER EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD PROFESIONALIZANTE Y CON RECONOCIMIENTO COMO PROFESIÓN SANITARIA