



COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
SALAMANCA

DOMICILIO SOCIAL:
BIENTOCADAS 7 – 37002 SALAMANCA
TF: 923 263462 / FAX: 923 260062
E-mail: oficinas@comsalamanca.es
Pág web: www.comsalamanca.es

DECLARACIÓN DE NO INCAPACITACIÓN / NO INHABILITACIÓN

D./D^a _____

con DNI / NIE / Pasaporte _____ DECLARA no estar incurso en
ningún proceso jurídico penal que le incapacite o inhabilite para el ejercicio de la
profesión médica.

Salamanca, ____ de _____ de 20 ____

Fdo.:

Sr/a. Presidente/a del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA.

De acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en el Fichero "COLEGIADOS" titularidad del **Ilustre Colegio de Médicos de Salamanca**, debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos teniendo por finalidad la gestión del registro de Colegiados así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de su Colegio, sito en c/ Bientocadas, 7. Los datos proporcionados serán facilitados a los correspondientes Consejos Autonómicos, con la única finalidad de llevar a cabo el registro autonómico de Colegiados, así como al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España para realizar este mismo registro a nivel nacional. Le comunicamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.