

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PROVINCIAL DE MÉDICOS PERITOS DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA

Yo, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_

y número de colegiado/a \_\_\_\_\_, solicito la inscripción en el Registro de Médicos Peritos del Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, dado que estoy interesado en ejercer las labores de perito en el ámbito territorial de mi Colegio profesional .

Para ello comunico los siguientes datos de contacto:

**NÚMERO DE COLEGIADO:**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**DOMICILIO:**

**POBLACIÓN:**

**CÓDIGO POSTAL:**

**ESPECIALIDADES EN LAS QUE DESEA EJERCER COMO PERITO:**

**TELÉFONO/S:**

**MAIL/S:**

Firmado:

Fecha:

**Clausula de protección de datos:**

De acuerdo con lo establecido en 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 un fichero titularidad del Colegio Oficial de Médicos de Salamanca, debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos y que tiene por finalidad gestionar los datos de los interesados en ejercer las labores de peritos en el ámbito de su Colegio profesional. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede del Colegio sito en C/ Bientocadas, 7, 37002 de Salamanca. Del mismo modo, se informa que sus datos serán comunicados al Colegio solicitante de su especialidad de perito, a requerimiento del mismo. Mediante el presente documento se cumple con el deber de información legal exigido por la normativa de protección de datos y con su firma otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos.