



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.

RESPONSABLE: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA. DOMICILIO: C/ Bientocadas, 737002 Salamanca Salamanca. FINALIDAD: Gestión integral de las relaciones con los clientes. DESTINATARIOS DE LAS CESIONES: Las legalmente establecidas. EJERCICIO DE DERECHOS: Acceso, Rectificación, Supresión, Oposición, Limitación del tratamiento y Portabilidad, en la dirección postal del Responsable o por Email a oficinas@comsalamanca.es. También tiene derecho a presentar reclamación ante la AEPD. CONSERVACIÓN: Mientras dure la relación, dejando a salvo los plazos de prescripción legal y reclamación de posibles responsabilidades. MÁS INFORMACIÓN: En oficinas@comsalamanca.es o en nuestras oficinas.