

INSCRIPCIÓN LISTADO PERITOS MÉDICOS

Nombre y Apellidos

Nº Colegiado/a

D.N.I./N.I.E.

AUTORIZO al Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real, a facilitar los siguientes datos a fin de actuar como médico perito cuando se soliciten listados de profesionales a tal efecto.

Dirección particular

Localidad

Provincia

C. P.

Teléfono Fijo

Teléfono Móvil

e-mail 1

e-mail 2

Especialidad 1

Especialidad 2

Otras habilidades periciales

MANIFIESTO mi deseo estar incluido en el siguiente Registro Pericial:

- | | | | | |
|--------------------------|--|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ | Registro de Peritos del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real. | Justicia gratuita | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ | Registro de Peritos del Consejo Colegios Médicos C-LM. | Justicia gratuita | SI ☐ | NO ☐ |
| ☐ | Registro de Peritos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos OMC | | | |

Fecha:

FIRMA RECONOCIDA 1:

FIRMA RECONOCIDA 2:

PROTECCIÓN DE DATOS.—Los datos personales que facilite al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real a través del presente formulario serán tratados por éste con la finalidad de gestionar su solicitud y, en su caso, gestionar el desarrollo, cumplimiento y control de la relación que les une, así como, en caso de autorizarnos, remitirle información que pudiera ser de su interés.

Sus datos serán tratados con base al consentimiento que presta a través de la presente solicitud, así como, en su caso, la relación que le une con el COMCR. La información proporcionada será conservada mientras exista un interés mutuo y no se oponga al tratamiento y, en todo caso, mientras estemos obligados a su conservación en cumplimiento de una obligación legal.

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de sus datos. Para ello, puede remitir solicitud por escrito, en la que debe hacer constar el derecho que quiere ejercitar, su nombre y apellidos, dirección a efectos de notificaciones, junto con una copia de su D.N.I. u otro documento válido que acredite su identidad, dirigida al Delegado de Protección de Datos, en la dirección postal Pza. de la Provincia, 2 C.P 13001 – Ciudad Real o en la dirección de correo electrónico colegiomedicoscr@comciudadreal.org. En particular, se le informa del derecho que le asiste a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.