

SOLICITUD CERTIFICADO

Nombre	
Primer Apellido	
Segundo Apellido	
Número Colegiado	

SOLICITA:

La expedición de certificado de:

- Colegiación
 Colegiación y especialidad
 Estar al corriente de cuotas
 Estar inscrito en póliza colectiva del Seguro Responsabilidad Civil Profesional
 Habilitación para el ejercicio profesional en otra provincia según Decreto Ley 6/2000, de 23 de junio
 No estar sometido a expediente disciplinario

Rogándole le sea enviado por:

- Correo Postal Correo Electrónico Fax

(Si es distinta la dirección donde quiere recibir el documento a la información que tiene la base de datos del Colegio rellene los siguientes campos)

Dirección	
Código Postal	
Población	
Correo Electrónico	
Número de Fax	

En Almería a,

Fdo.:

Protección de Datos. De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, el colegiado queda informado y acepta la incorporación de sus datos a los ficheros automatizados existentes en el Colegio de Médicos de Almería, que se conservarán en el mismo con carácter confidencial, sin perjuicio de las remisiones de obligado cumplimiento. Su finalidad es realizar el control y seguimiento posterior de las funciones propias de la actividad del Colegio Profesional. Si no nos manifiesta lo contrario entendemos que usted consiente el tratamiento indicado. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio social del Colegio Oficial de Médicos de Almería, calla Gerona, nº 11 – 04001 Almería.