



Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido 1: \_\_\_\_\_

Apellido 2: \_\_\_\_\_

DNI/NIE/Pasaporte núm. \_\_\_\_\_

Domicilio profesional: \_\_\_\_\_

C. Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha nacim.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: Masculino  Femenino  Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Título de formación básica en Medicina: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

Título de especialista: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Ámbito de trabajo	Atención Primaria	<input type="checkbox"/>	Carácter	Público	<input type="checkbox"/>
	Hospitalario	<input type="checkbox"/>		Privado	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>		Mixto	<input type="checkbox"/>
			Concertado	<input type="checkbox"/>	

Fecha de colegiación: Alta: ...../...../..... Baja: ...../...../.....

¿Está incurso/a en algún procedimiento?: SI  NO

- Si la respuesta es SÍ:

1º <input type="checkbox"/> a) informativo	b) sancionador	<input type="checkbox"/>
2º <input type="checkbox"/> a) colegial/administrativo	b) judicial	<input type="checkbox"/>

Solicito el certificado por motivos de:	En el idioma:
Trabajo <input type="checkbox"/>	Castellano <input type="checkbox"/>
Estudios <input type="checkbox"/>	Francés <input type="checkbox"/>
Cooperación al Desarrollo <input type="checkbox"/>	Inglés <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	Portugués <input type="checkbox"/>

Solicito que se haga un **certificado único** con los datos de los siguientes colegios: \_\_\_\_\_

que solicitaré por separado en cada uno de ellos y, una vez elaborado, el CGCOM lo remitirá al colegio de: \_\_\_\_\_

País de destino: \_\_\_\_\_ Tiempo de estancia: \_\_\_\_\_

Fecha: ..... / ..... / ..... N° de colegiado/a nacional: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Información básica sobre Protección de Datos**

- Responsable:** Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares.
- Finalidad:** Tramitación de su solicitud, ordenación y control de la profesión, gestión interna del Colegio y remisión de comunicaciones comerciales.
- Legitimación:** Ejercicio de potestades públicas, cumplimiento de leyes y estatutos del Colegio, consentimiento para la remisión de comunicaciones comerciales de terceros.
- Destinatarios:** Los datos serán comunicados en cumplimiento de las leyes vigentes, de los estatutos del Colegio o con el previo consentimiento de los interesados.
- Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional.
- Info. adicional:** Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la política de privacidad para Colegiados en el portal de la privacidad del Colegio: <http://www.comib.com/el-colegio/portal-privacidad>