Col·legi Oficial de Metges
Illes Balears

Solicitud de alta para ejercer como perito médico

Nombre: _____

Apellidos: _____

Nº Colegiado/a: _____ DNI/NIE/Pasaporte núm. _____

Dirección que ha de figurar en el listado de peritaje médico: _____

_____

C. Postal: _____ Población: _____ Teléfono 1: _____

Teléfono 2: _____ Correo electrónico: _____

¿Está dispuesto a ejercer como perito en otras Comunidades Autónomas?: **SI** ◯ **NO** ◯

Especialidad/es para peritajes: _____

_____

¿Dispone del Máster de valoración de daños corporales?: **SI** ◯ **NO** ◯

CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN DE LOS DATOS DE CONTACTO EN LA WEB DEL COLEGIO
Autorizo a publicar los datos de contacto facilitados y los relativos a mi perfil como perito en la web del colegio:
Si __ No__
(*Los datos publicados son: nombre, apellidos, teléfono 1, dirección)*
Puede retirar su consentimiento para esta publicación en cualquier momento, sin que ello afecte al tratamiento realizado con anterioridad a dicha retirada.

Firma: _____

Información básica sobre Protección de Datos

Responsable: Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears.
Finalidad: Tramitación de su solicitud, ordenación y control de la profesión, gestión de la lista de peritos y publicación de sus datos de contacto como perito en la web del colegio.
Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, a limitar y a oponerse a su tratamiento así como su portabilidad.
Info. adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la política de privacidad para Colegiados publicada el portal de la privacidad del Colegio en http://www.comib.com/el-colegio/portal-privacidad