



Nom: _____

Cognoms: _____

Nº Col·legiat/da: _____ DNI/NIE/Pasaport núm _____

Direcció que ha de figurar en el llistat de peritatge mèdic: _____

C. Postal: _____ Població: _____ Telèfon 1: _____

Telèfon 2: _____ Correu electrònic: _____

Està disposat a exercir com a perit en altres Comunitats Autònomes?: **SI** **NO**

Especialitat/s per a peritatges: _____

Disposa del Màster de valoració de danys corporals?: **SI** **NO**

CONSENTIMENT PER A LA PUBLICACIÓ DE LES DADES DE CONTACTE EN LA WEB DEL COL·LEGI

Autoritzo a publicar les dades de contacte facilitades i les relatives al meu perfil com a perit en la web del col·legi:

Si No

(Les dades publicades són: nom, cognoms, telèfon 1, adreça)

Pot retirar el seu consentiment per a aquesta publicació en qualsevol moment, sense que això afecti el tractament realitzat amb anterioritat a aquesta retirada.

Signatura: _____

Informació bàsica sobre Protecció de Dades

Responsable: Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears.

Finalitat: Tramitació de la seva sol·licitud, ordenació i control de la professió, gestió de la llista de perits i publicació de les seves dades de contacte com a perit en la web del col·legi.

Drets: Té dret a accedir, rectificar i suprimir les dades, a limitar i a oposar-se al seu tractament així com la seva portabilitat.

Info. addicional: Pot consultar informació addicional i detallada sobre Protecció de Dades en la política de privacitat per a Col·legiats publicada el portal de la privacitat del Col·legi en <http://www.comib.com/el-colegio/portal-privacidad>