



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

**LICENCIADOS/AS O GRADUADOS/AS EN PAISES COMUNITARIOS
Documentación necesaria para la colegiación**

Documentación obligatoria a presentar:

1. Título original de Licenciado/a o Grado en Medicina, que deberá acompañarse del documento original de la resolución de reconocimiento del mismo para ejercer en España -credencial de valor comunitario (autenticada por el Ministerio competente).
2. Si se posee título de especialista deberá presentar el original, junto con el documento original de la resolución de reconocimiento del mismo para ejercer en España - credencial de valor comunitario (autenticada por el Ministerio competente).
3. Documento que acredite la identidad y nacionalidad del/de la solicitante, expedido por las autoridades competentes del país de origen o de procedencia o por las autoridades españolas competentes en materia de extranjería (NIE)
4. Una fotografía tamaño carné.
- 5.- Solicitud de colegiación. Adjunta
6. Declaración de domicilio particular (o para correspondencia) y profesional (único o principal). El domicilio profesional es imprescindible ubicarlo en la demarcación territorial de este Colegio.
7. Documento de domiciliación bancaria para la atención de recibos colegiales. Adjunto
8. Si es MIR, fotocopia del documento de adjudicación de la plaza (Hospital/centro de formación y especialidad).
9. Certificación expedida por organismo oficial legalizado por vía diplomática de no estar inhabilitado/a para el ejercicio de la medicina (original y traducción al castellano). Este certificado tendrá una validez de 3 meses (país de origen). Esta certificación solo será necesaria si se trata de la primera colegiación o si hubiesen transcurrido más de tres meses desde la fecha de la baja en otro Colegio. Si será exigible en caso de reingreso cuando tras baja colegial ha estado ejerciendo en un país extranjero no comunitario.
10. Si se procede de otro Colegio, es imprescindible
 - certificado de baja del Colegio de Médicos de procedencia.
 - Si > 3 meses de baja colegial previa Declaración Jurada de no haber ejercido la profesión médica en ninguna otra provincia del estado español.
 - Abono en efectivo de la cuota de inscripción, fijada por este Colegio en 90 euros.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

11. En caso de primera colegiación

- Abono de la cuota de inscripción, fijada por este Colegio en 90euros.

12. En caso de ejercicio privado o mixto de la profesión:

- Documento de adhesión a la póliza voluntaria y colectiva del Colegio o en su caso, certificación de seguro de responsabilidad civil profesional (SRCP) suscrito.
- Afiliación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) y/o afiliación a la mutualidad profesional correspondiente.
- Alta en el censo de profesionales de la Agencia Estatal de Administración Tributaria.

13. En el caso de médicos/as procedentes de países de habla no hispana, será requisito imprescindible para la colegiación estar en posesión de alguno de los Diplomas o Certificados acreditativos de conocimientos lingüísticos de español previstos en el artículo 72 del Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, de reconocimiento de calificaciones profesionales.

Estarán exentos/as de acreditar el cumplimiento de este requisito aquellos/as interesados/as cuyo título universitario haya sido expedido por alguna Universidad del Estado Español o de Estados cuya lengua oficial sea el Español.

Documentación aconsejable para el ejercicio profesional

14. Certificado médico oficial de Salud.

15.- Cuantos otros documentos o requisitos se estimen necesarios / oportunos por el Colegio Médico donde se va a producir la colegiación.

NOTA. - Todos los documentos deben estar debidamente validados/ compulsados/legalizados por vía diplomática y, en su caso, se acompañarán de traducción jurada.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

**LICENCIADOS/AS O GRADUADOS/AS EN PAISES NO COMUNITARIOS
Documentación necesaria para la colegiación**

Documentación obligatoria a presentar:

- 1.- Título original de Licenciado/a o Grado en Medicina.
- 2.- Documento de Homologación del título de Licenciado/a en Medicina (Ministerio competente),
3. Si se posee título de especialista deberá presentar el original, junto con el documento original de la correspondiente Homologación. (Ministerio competente) .
4. Documento que acredite la identidad y nacionalidad del/de la solicitante, expedido por las autoridades competentes del país de origen o de procedencia o por las autoridades españolas competentes en materia de extranjería (NIE)
5. Una foto tamaño carné.
- 6.- Solicitud de colegiación. [Adjunta](#).
7. Declaración de domicilio particular (o para correspondencia) y profesional (único o principal). El domicilio profesional es imprescindible ubicarlo en la demarcación territorial de este Colegio.
8. Documento de domiciliación bancaria para la atención de recibos colegiales. [Adjunta](#)
9. Si es MIR, fotocopia del documento de adjudicación de la plaza (Hospital/centro de formación y especialidad).
10. En caso de primera colegiación
 - Certificación expedida por organismo oficial legalizado por vía diplomática o Apostilla de La Haya, de no estar inhabilitado/a para el ejercicio de la medicina (original y traducción al castellano). Este certificado tendrá una validez de 3 meses (país de origen). Será igualmente exigible en caso de reingreso cuando tras baja colegial ha estado ejerciendo en un país extranjero no comunitario.
 - Certificado de antecedentes penales. Certificación expedida por Organismo Oficial y Apostilla de la Haya traducida al español (traducción jurada).
 - Tarjeta de residente comunitario por trabajo (no estudios) y pasaporte expedido por el país de origen
 - Abono de la cuota de inscripción, fijada por este Colegio en 90euros



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

11. Si se procede de otro Colegio, es imprescindible

- Certificado de baja del Colegio de Médicos de procedencia.
- Abono de la cuota de inscripción, fijada por este Colegio en 90euros.

12. En caso de ejercicio privado o mixto de la profesión:

- Documento de adhesión a la póliza voluntaria y colectiva del Colegio o en su caso, certificación de seguro de responsabilidad civil profesional (SRCP) suscrito.
- Afiliación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) y/o afiliación a la mutualidad profesional correspondiente.
- Alta en el censo de profesionales de la Agencia Estatal de Administración Tributaria.

13. En el caso de médicos/as procedentes de países de habla no hispana, será requisito imprescindible para la colegiación estar en posesión de alguno de los Diplomas o Certificados acreditativos de conocimientos lingüísticos de español previstos en el artículo 72 del Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, de reconocimiento de calificaciones profesionales.

Estarán exentos/as de acreditar el cumplimiento de este requisito aquellos/as interesados/as cuyo título universitario, Diploma de Estudios Avanzados, Suficiencia Investigadora o Título de Doctor hayan sido expedidos por alguna Universidad del Estado Español o de Estados cuya lengua oficial sea el Español.

Documentación aconsejable para el ejercicio profesional

14. Certificado médico oficial de Salud.

15.- Cuantos otros documentos o requisitos se estimen necesarios / oportunos por el Colegio Médico donde se va a producir la colegiación.

NOTA.- Todos los documentos deben estar debidamente validados/ compulsados / legalizados por vía diplomática o mediante apostilla del Convenio de La Haya y, en su caso, se acompañarán de traducción jurada (Anexo I del RD 459/2010, de instrucciones para la cumplimentación de la solicitud y validación del reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en el ámbito extracomunitario).



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

**LICENCIADOS/AS O GRADUADOS/AS EN EL ESTADO ESPAÑOL
Documentación necesaria para la colegiación**

- 1.- Título original de Licenciado/a o Grado en Medicina. En el caso de no disponer de él, certificación acreditativa de la universidad correspondiente de la finalización de los estudios de medicina y comprobante de pago de los derechos de la expedición del título (originales).
- 2.- Si se posee título de especialista deberá presentar el original o en su caso la resolución correspondiente y justificante del pago de los derechos de expedición si no se dispone del título.
- 3.- DNI (original)
- 4.- Una foto tamaño carné.
- 5.- Solicitud de colegiación. [Adjunta](#)
6. Declaración de domicilio particular (o para correspondencia) y profesional (único o principal). El domicilio profesional es imprescindible ubicarlo en la demarcación territorial de este Colegio.
7. Documento de domiciliación bancaria para la atención de recibos colegiales.
8. Si es MIR, fotocopia del documento de adjudicación de la plaza (Hospital/centro de formación y especialidad).
9. Si se procede de otro Colegio, es imprescindible
 - Certificado de baja del Colegio de Médicos de procedencia
 - Abono de la cuota de inscripción, fijada por este Colegio en 90 euros, que ingresará en la cuenta ES77 0081 0250 9200 0167 8470.
10. En caso de primera colegiación:
 - Declaración de no estar incurso en ningún proceso jurídico penal, administrativo o disciplinario por sentencia judicial firme durante el periodo de tiempo que fije ésta, y le incapacite o inhabilite para el ejercicio de la profesión médica.
 - Declaración Jurada de no haber estado colegiado/a ni ha ejercido la profesión médica en ninguna otra provincia del territorio nacional.
 - En caso de ejercicio profesional previo fuera de España presentará Certificado de Idoneidad Profesional del país de origen.
- 11.- En caso de ejercicio privado o mixto de la profesión:
 - Documento de adhesión a la póliza voluntaria y colectiva del Colegio o en su caso, certificación de seguro de responsabilidad civil profesional (SRCP) suscrito.
 - Afiliación al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) y/o afiliación a la mutualidad profesional correspondiente.
 - Alta en el censo de profesionales de la Agencia Estatal de Administración Tributaria.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

D./D^a _____
Licenciado/a - Graduado/a en Medicina/Medicina y Cirugía, natural de _____, provincia de _____, de nacionalidad _____ nacido/a el ____/____/_____, sexo ____ , con DNI/NIE/Pasaporte núm. _____ y con domicilio particular (o para correspondencia) en _____ Calle/Paseo/ _____
localidad _____ código postal _____, Teléfono(s) _____
/_____, ____/_____,
E-mail _____@_____

E X P O N E: Que proponiéndose ejercer la profesión médica en Lugar _____, en la modalidad (público/privado/mixto) de ejercicio _____, y creyendo reunir los requisitos legales y estatutariamente exigidos.

SOLICITA de Ud. Que, teniendo por presentada esta instancia así como los documentos acreditativos que adjunto se relacionan, se sirva admitirle como Colegiado/a en el Colegio de Médicos de su Presidencia.

Albacete a ____ de _____ de 20 ____

Firma:

De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos (Reglamento 2016/679 y L.O. 3/2018), se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán tratados por el Ilustre Colegio de Médicos de Albacete Fines del tratamiento: la gestión del registro de Colegiados, así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Derechos. Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

COMUNICACIÓN DE DOMICILIO PROFESIONAL

NÚMERO DE COLEGIADO/A:

APELLLIDOS:

NOMBRE:

Situación profesional: CON EJERCICIO ☐ SIN EJERCICIO ☐

DATOS OBLIGATORIOS DEL DOMICILIO PROFESIONAL:
(Imprescindible cumplimentar en caso de ejercicio):

Centro de trabajo:
(Hospital, CAP, consulta privada, etc.)

Domicilio:

Población:

Código Postal:

Títulos de médico/a
especialista registrados en el Colegio :

Teléfono: Fax:

e-mail:

Firma:

Fecha: __ / __ / ____

De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos (Reglamento 2016/679 y L.O. 3/2018), se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán tratados por el Ilustre Colegio de Médicos de Albacete Fines del tratamiento: la gestión del registro de Colegiados, así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Derechos. Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI/NIE/Pasaporte núm.

NACIONALIDAD: (Cumplimentar en caso que en algún momento en el tiempo la nacionalidad haya sido diferente de la española)

Nacionalidad origen:

Nacionalidad actual:

LICENCIATURA / GRADO

Facultad de Medicina: _____

Año finalización carrera: _____ Fecha expedición título: __ / __ / ____

Núm. Registro Nacional de Títulos: _____

Fecha pago derechos expedición título: __ / __ / ____

Homologación títulos extranjeros:

Fecha homologación Título: __ / __ / ____

DOCTORADO

Facultad de Medicina: _____

Fecha expedición título: __ / __ / ____

Núm. Registro Nacional de Títulos: _____

Fecha pago derechos expedición título: __ / __ / ____

ESPECIALIDADES:

Especialidad 1: _____

Vía de obtención: _____

Fecha expedición título: __ / __ / ____

Núm. Registro Nacional de Títulos: _____

Fecha pago derechos expedición título: __ / __ / ____

Homologación títulos extranjeros:

Fecha homologación Título: __ / __ / ____

Homologación títulos extranjeros:

Fecha homologación Título: __ / __ / ____

De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos (Reglamento 2016/679 y L.O. 3/2018), se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán tratados por el Ilustre Colegio de Médicos de Albacete Fines del tratamiento: la gestión del registro de Colegiados, así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Derechos. Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA**

**PROVINCIA DE ALBACETE
OTROS TÍTULOS:**

M.I.R.

Año inicio formación: _____ Año fin formación: _____

Centro MIR: _____

Especialidad médica: _____

COLECTIVO/S A LOS QUE PERTENECE: (denominación de conformidad con el Reglamento de las Secciones Colegiales del CGCOM)

- ☐ Médicos/as de Hospitales
- ☐ Atención Primaria Urbana
- ☐ Atención Primaria Rural
- ☐ Médicos/as de Administraciones Públicas
- ☐ Medicina Privada por cuenta ajena
- ☐ Medicina Privada por cuenta propia
- ☐ Médicos/as en formación y/o postgrado
- ☐ Médicos/as Tutores/as y Docentes
- ☐ Médicos/as Jubilados/as
- ☐ Otros (especificar) _____

LUGAR DE TRABAJO PRINCIPAL:

CENTRO: _____

SERVICIO: _____

CARGO PROFESIONAL: _____

ESPECIALIDAD: _____

COLEGIADO/A POR PRIMERA VEZ EN

Firma:

Fecha:

De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos (Reglamento 2016/679 y L.O. 3/2018), se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán tratados por el Ilustre Colegio de Médicos de Albacete Fines del tratamiento: la gestión del registro de Colegiados, así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Derechos. Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

DECLARACIÓN DE PRIMERA COLEGIACIÓN

D./D^a _____ con

DNI / NIE / Pasaporte _____ DECLARA que no ha estado

Colegiado/a ni ha ejercido la Medicina en ninguna otra provincia del Territorio del Estado Español, ni en el extranjero desde la fecha de obtención de la Licenciatura/Grado en Medicina.

ALBACETE, ____ de _____ de 20 ____

Firma:

Sr/a. Presidente/a del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE.-

De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos (Reglamento 2016/679 y L.O. 3/2018), se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán tratados por el Ilustre Colegio de Médicos de Albacete Fines del tratamiento: la gestión del registro de Colegiados, así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Derechos. Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

**DECLARACIÓN JURADA DE NO INCAPACITACIÓN / NO
INHABILITACIÓN**

D./D^a _____ con DNI / NIE
/ Pasaporte _____ DECLARA no estar inhabilitado para
el ejercicio profesional por sentencia o resolución firme, judicial,
administrativa, o colegial.

ALBACETE, ____ de _____ de 20 ____

Firma:

Sr/a. Presidente/a del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE

De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos (Reglamento 2016/679 y L.O. 3/2018), se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán tratados por el Ilustre Colegio de Médicos de Albacete Fines del tratamiento: la gestión del registro de Colegiados, así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Derechos. Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr./a. Tesorero/a del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE

AUTORIZO al Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Albacete, para que presente los recibos colegiales con cargo a mi cuenta bancaria, cuyos datos son los siguientes:

Nombre y apellidos:	DNI/NIE/Pasap.
---------------------	----------------

IBAN				ENTIDAD				OFICINA				D.C.		NÚMERO DE CUENTA											

Firma del interesado/a:

ALBACETE, a ____ de _____ de 20 ____

De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos (Reglamento 2016/679 y L.O. 3/2018), se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán tratados por el Ilustre Colegio de Médicos de Albacete Fines del tratamiento: la gestión del registro de Colegiados, así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Derechos. Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE**

D./D^a _____ con

DNI / NIE / Pasaporte _____ DECLARA que **NO está interesado/a** en pertenecer al "*PATRONATO DE HUERFANOS PRINCIPE DE ASTURIAS*".

Fdo.:

ALBACETE, ____ de _____ de 20 ____

D./D^a _____ con

DNI / NIE / Pasaporte _____ DECLARA que **NO está interesado/a** en el seguro "*SOCORRO DE FALLECIMIENTO*".

Fdo.:

ALBACETE, ____ de _____ de 20 ____



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

DE LA

PROVINCIA DE ALBACETE

DOCUMENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo que preceptúa el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en los que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos o por sus siglas RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales (por sus siglas LOPD-GDD) y demás normativa vigente en protección de datos, el Colegio Oficial de Médicos de Albacete en su condición de Responsable del tratamiento procede a informarle sobre dicho tratamiento de datos:

Fin del tratamiento: Los datos por usted aportados en el momento de la colegiación y los que sean proporcionados con posterioridad y, de cuya exactitud, veracidad y validez usted mismo responde serán tratados para gestionar el alta colegial y posteriores cambios solicitados para actualizar su situación profesional, la gestión administrativa y de facturación derivada de dicha colegiación, el registro de colegiados, los envíos de información institucional, incluso por medios electrónicos u otros similares sobre asuntos de interés profesional, así como la realización de las funciones legal y estatutariamente atribuidas al Responsable conforme lo dispuesto en la normativa vigente sobre Colegios Profesionales.

(Marcar los que proceda):

- ☐ Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre actividades e información de interés general del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE.
- ☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre actividades e información de interés general del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE.

Obligación de facilitar los datos: en los formularios de recogida de datos personales se señalará mediante asterisco o expresamente se informará sobre los campos requeridos para poder hacer un tratamiento de datos correcto.

Legitimación para tratar datos: Art. 6.1.e) RGPD y Art. 8 LOPD-GDD: El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

Criterios de conservación: Sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el Responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento.

Publicación de datos personales: Conforme a la Ley de Colegios Profesionales, y para la mejor defensa de los derechos de consumidores y usuarios, al menos los siguientes datos serán de acceso público y podrán integrarse en listados accesibles en formato papel o vía Web: nombre y apellidos de los profesionales colegiados, número de colegiación, títulos oficiales de los que estén en posesión, domicilio profesional y situación de habilitación profesional, pudiéndose oponer al tratamiento de los mismos respecto de la recepción de publicidad o prospección comercial comunicándolo a la dirección indicada en el apartado "Datos de contacto para ejercer Derechos". En caso de producirse alguna modificación en sus datos, le rogamos los actualice a través de Ventanilla Única o nos lo comunique para mantenerlos debidamente actualizados.

Comunicación a terceros: Los datos proporcionados serán facilitados a los correspondientes Consejos Autonómicos, así como al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España y otras Corporaciones y Organismos Públicos, cuando así se establezca legalmente (art. 8 LOPD-GDD). De igual

forma, podrán cederse a las entidades aseguradoras con las que contrate su Seguro de Responsabilidad Civil. En cualquier otro supuesto no están previstas comunicaciones a terceros, salvo obligación legal o requerimiento judicial. En el supuesto que las hubiere, se informaría de forma previa al interesado sobre la identidad del destinatario, finalidad del tratamiento y base de legitimación para poder tratar datos personales.

Por lo expuesto marcar lo que proceda:

- ☐ AUTORIZO AL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE a comunicar mis datos a terceros si dicha cesión persigue funciones reconocidas legalmente a los Colegios Profesionales, tales como la organización de actividades y servicios comunes de interés para los colegiados, de carácter profesional, formativo, cultural, asistencial y de previsión y otros análogos (art. 5j de LCP).

- ☐ NO AUTORIZO, la comunicación de mis datos personales a terceros, por lo cual ésta solo podrá llevarse a cabo en los casos en que la normativa sobre protección de datos personales no exige el consentimiento

Derechos que asisten al Interesado: Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI dirigido al Colegio Oficial de Médicos de Albacete Plaza del Altozano nº 11, 02001- Albacete, o bien presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

Identificación: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Albacete

Sede colegial: Plaza del Altozano nº 11, bajo C.P. 02001 Albacete

Correo electrónico para ejercitar derechos: comalbacete@comalbacete.org

Nombre y Apellidos:

DNI/NIF:

Firma:

En Albacete a de de 202