

**A LA JUNTA DE GOBIERNO
del
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS**

Nombre _____ Apellido 1º _____ Apellido 2º _____,
 Nacido/a el día ___/___/_____, en _____, provincia de _____,
 País de nacimiento _____, Nacionalidad _____,
 Sexo: Hombre Mujer
 D.N.I., N.I.E., Pasaporte, Otros _____, núm. _____,

Domiciliado/a en (calle, avd, plaza) _____ núm. _____,
 C. Postal _____ Localidad _____, Provincia _____,
 Teléfono fijo _____, Teléfono móvil _____,
 E-mail _____

Se licenció en Medicina el día ___/___/_____, por la Universidad de _____, País _____,
 Se le expidió el Título de Licenciado / Resguardo en fecha: ___/___/_____, Núm.: _____,
 Registro especial de la Sección de Títulos, folio _____ núm. _____,
 Registro Nacional de Títulos. _____, Código de Centro: _____, Registro Universitario de Títulos _____,
 Reconocimiento validez profesional Ministerio de Sanidad núm.: _____ de fecha ___/___/_____,
 Homologación por el Ministerio de Educación, núm. _____ de fecha ___/___/_____,

Se graduó de Doctor el día ___/___/_____, por la Universidad de _____,
 Se le expidió el Título de Doctor en fecha ___/___/_____, folio núm. _____ Registro Nacional núm. _____,

Título de Especialista en _____, por vía:
 MIR, número de Registro Nacional de Títulos núm. _____ de fecha ___/___/_____,
 Acreditación habilitación profesional Ministerio de Sanidad núm.: _____ de fecha ___/___/_____,
 Homologación por el Ministerio de Educación, núm. _____ de fecha ___/___/_____,
 Otras: (indicar) _____ núm. _____ de fecha ___/___/_____,

Título de Especialista en _____, por vía:
 MIR, número de Registro Nacional de Títulos núm. _____ de fecha ___/___/_____,
 Acreditación habilitación profesional Ministerio de Sanidad núm.: _____ de fecha ___/___/_____,
 Homologación por el Ministerio de Educación, núm. _____ de fecha ___/___/_____,
 Otras: (indicar) _____ núm. _____ de fecha ___/___/_____,

Especialidad de interés _____ Núm. orden convocatoria MIR _____

Desempeña el cargo de _____
 En el Centro _____ Población _____
 En la especialidad de _____, con situación laboral _____ desde ___/___/_____,

Ha desempeñado los cargos de _____

Procedente del Colegio de Médicos de _____ (Indicar provincia origen, sólo en el caso de traslado)

Solicita pertenecer al Colegio de Médicos de Valencia manifestando que
 (continúa al dorso)

Quedo informado de que los datos personales de esta solicitud serán incluidos en diversos ficheros titularidad del Iltr. Colegio Oficial de Médicos de Valencia (en adelante ICOMV). La finalidad de la recogida y tratamiento de esta información es la de prestar un correcto servicio a los colegiados, facilitando la gestión de las diferentes actividades llevadas a cabo por el ICOMV.

El ICOMV pone en su conocimiento que los datos facilitados serán cedidos a las organizaciones colegiales de carácter supraprovincial, en cumplimiento de los fines determinados en los Estatutos.

Así mismo, sus datos serán comunicados a la Conselleria de Sanidad, a la Dirección General de Farmacia, a entidades financieras para la gestión del cobro de cuotas, así como a terceras entidades en aquellos casos en los que la cesión sea indispensable para la prestación de un determinado servicio o la organización conjunta de actividades que puedan resultar de interés para el colectivo de colegiados. En cualquier caso, dichas cesiones se realizan siempre de modo regado, no pudiendo ser empleados los datos objeto de cesión para fines distintos de los señalados por el ICOMV.

Los datos relativos al nombre, apellidos, domicilio, dirección de correo electrónico y teléfono de contacto de los colegiados serán cedidos al Consejo Valenciano de Colegios de Médicos, para ser incluidos en la Guía editada por el mismo.

En caso de que Ud. no desee ser incluido en esta guía, marque con una X la siguiente casilla .

Habida cuenta de que los listados profesionales son considerados fuentes de acceso público, si desea que se indique en la Guía que sus datos personales no pueden utilizarse para fines de publicidad o prospección comercial, marque con una X la siguiente casilla .

A fin de tenerle informado de nuestras actividades, recibirá periódicamente en su domicilio comunicaciones dirigidas a nuestros colegiados.

En ocasiones, podrá recibir con las mismas, publicidad sobre servicios que, a juicio del ICOMV, pueden resultar de interés para nuestros colegiados. En cualquier momento puede dirigirse al Colegio para dejar de recibir comunicaciones o publicidad.

En el supuesto de que no desee recibir en su domicilio ningún tipo de comunicación colegial marque con una X la siguiente casilla .

Si no desea recibir publicidad adjunta a los envíos colegiales marque con una X la siguiente casilla .

El ICOMV ha inscrito sus ficheros en el Registro General de Protección de Datos, y está al día en el cumplimiento de la normativa relativa a la protección de datos de carácter personal. El ICOMV mantiene una política activa en la protección de los datos personales de sus colegiados, que Vd. puede consultar en nuestra página web (www.comv.es).

La solicitud de incorporación al ICOMV conlleva la autorización expresa e inequívoca al mismo para el tratamiento y cesión de sus datos de carácter personal, conforme a la finalidad y usos especificados, así como cualesquiera otros que pudieran resultar de interés para el colegiado, a juicio del ICOMV.

Conforme a lo dispuesto en la citada normativa, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una solicitud por escrito acompañada de una fotocopia de su D.N.I dirigida a: Iltr. Colegio Oficial de Médicos de Valencia - Avda. de la Plata, 34 - 46013 - Valencia.

Valencia, ____ de _____ de _____

LEÍDO Y CONFORME:
(firma y rúbrica del interesado)

La Junta de Gobierno, en sesión celebrada el día _____, acordó la admisión del solicitante.

La Presidenta,



El Secretario,

OBSERVACIONES