

Don/Doña \_\_\_\_\_

Colegiado número 18/\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_, localidad \_\_\_\_\_

Teléfonos \_\_\_\_\_

Correo-e \_\_\_\_\_

*(Domicilio particular autorizado para incluir en los ficheros colegiales)*

AL COLEGIO DE MEDICOS DE GRANADA:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DOCUMENTOS FOTOCOPIADOS QUE PRESENTA:

---

---

---

Granada, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

(firma)

Sr. Secretario del

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de

GRANADA

---

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le comunicamos que el responsable del tratamiento de sus datos es el COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GRANADA, con domicilio en c/ Andrés Segovia, 53 18008 GRANADA, teléfono 958806600 y dirección de correo electrónico [protecciondatos@comgranada.com](mailto:protecciondatos@comgranada.com). Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y derecho a la portabilidad de sus datos mediante solicitud escrita dirigida al Colegio.