C/ MARIA ZAMBRANO, 4 – EDIF. DORICO. BAJO
Telf. 968 20 16 65 / 968 24 02 49
Fax 968 20 16 69
30007- MURCIA

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE LA REGIÓN DE MURCIA

DOMICILIO PARTICULAR DEL PROFESIONAL

Calle_____ Nº_____

Piso_____ Localidad _____ C.P._____

Teléfono fijo y móvil_____

Quiere ser añadido en la lista de difusión de Whatsapp. SI NO

E-mail:_____

Murcia a _____ de _____ de 20_

Fdo.

DECLARACIÓN JURADA

D._____ declaro que anteriormente a mi solicitud de Colegiación, en este Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia, no he ejercido como odontólogo o estomatólogo en España.

Murcia a _____ de _____ de 20__

Fdo.

Los datos personales facilitados serán tratados por el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Murcia de acuerdo al Reglamento (UE)2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como en el resto de normativa vigente en materia de protección de datos, con la finalidad de tramitar su colegiación. La base legal para el tratamiento de los datos es el cumplimiento de una obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos Personales en el documento “Información Adicional sobre Protección de Datos”.