



ICOPCV

Instancia

D./D^a. * _____ NIF: * _____

Nº Colegiado/a _____ Dirección* _____

C.P. * _____ Localidad* _____ Provincia* _____

Teléfono * _____

Correo electrónico* _____

EXPONE:

Por lo expuesto, SOLICITA:

Documentación que se aporta:

1º. _____

2º. _____

3º. _____

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firmado: _____

Los datos de carácter personal que Vd. nos facilite serán incluidos en un fichero de titularidad del ICOPCV. La finalidad de este fichero es la tramitación de la solicitud realizada, estando prevista la cesión de sus datos de carácter personal en los casos que resulte necesario, actuando conforme a lo solicitado. Conforme a lo establecido en la L.O. 15/1999, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una solicitud por escrito dirigida a: Ilustre Colegio Oficial de Colegios de Podólogos de la Comunidad Valenciana sito en la Calle Doctor Zamenhof, núm 41, bajo izq. CP 46008, Valencia. La cumplimentación del presente formulario conlleva el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión de sus datos conforme a los fines manifestados. (*) Campos de obligatoria cumplimentación. En caso de no facilitar la información requerida su solicitud no será atendida. dando archivo a las actuaciones iniciadas.