

SOLICITUD PLACA IDENTIFICATIVA

Dr/Dra : (Aportar certificado del título doctor/ra) : _____

D. /D^a. _____ N° Colegiado/a: _____

Informo de los datos profesionales donde ejerzo mi actividad como podólogo/a:

Nombre/ razón social: _____

Dirección. _____ n° _____

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

N° Registro Sanitario con la actividad asistencia del Podología dada de alta:
_____ Teléfono: _____

E-mail: _____

En el caso de ejercer en más de una clínica cumplimentar los siguientes datos:

Nombre/razón social: _____ N° Colegiado/a: _____

Dirección. _____ n° _____

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

N° Registro Sanitario con la actividad asistencia del Podología dada de alta:
_____ Teléfono: _____

E-mail: _____

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Firmado: _____

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, en cualquier momento podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición, presentando su solicitud por escrito a **ICOPCV**, C/ Doctor Zamenhof, 41 Bajo (46008) Valencia, adjuntando fotocopia del DNI o documento acreditativo.