



**Ilustre Colegio Oficial
de Podología**
de la Comunidad
Valenciana

SOLICITUD PLACA IDENTIFICATIVA

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

D. /D^a. _____ N^o Colegiado/a: _____

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

Nombre/razón social: _____

Dirección. _____ n^o _____

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

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

E-mail: _____

En _____ a ____ de _____ de 20____

Firmado: _____

Información básica en protección de datos. - Conforme al RGPD y la LOPDGDD, ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE PODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA tratará los datos facilitados, con la finalidad de solicitar la placa identificativa. Para obtener más información acerca del tratamiento de sus datos y ejercer sus derechos, visite nuestra [política de privacidad](#).

☐ **ENTIENDO Y ACEPTO** el tratamiento de mis datos tal y como se describe anteriormente y se explica con mayor detalle en la Política de Privacidad.