

SOLICITUD DE CERTIFICADO

Nº colegiado

Apellidos y nombre

solicito de este Ilustre Colegio certificado acreditativo de:

Certificado de colegiación .

Certificado de Pago de Cuotas.

Certificado de baja.

Otros

Indicar el motivo

A efectos de

Una vez preparado ruego me lo remitan al e-mail

Firma

Fecha

Nota aclaratoria:

* El proceso de gestión de certificados no es inmediato. La realización de los certificados tiene una duración de 3 ó 5 días desde la recepción de la solicitud.

* Para poder solicitar un certificado el colegiado tiene que estar al corriente de pagos.

“Los datos que nos ha facilitado se recogen para el ejercicio de una misión en interés público y son necesarios para gestionar y mantener su colegiación. No se comunicarán a terceros salvo al Consejo de Colegios de dentistas de España y al Consejo Autonómico de Colegios profesionales de Castilla y León, no se transferirán fuera de la Unión Europea y se conservarán durante el tiempo que permanezca en alta como colegiado y hasta cinco años desde el cesa en esta situación salvo los datos de contacto que serán de conservación permanente. Puede acceder a sus datos, solicitar la rectificación o supresión, oponerse al tratamiento y solicitar su limitación mediante los formularios que se encuentra a su disposición en la dirección electrónica indicada. Puede presentar una reclamación ante la APD, mediante su sede electrónica o, si procede, por medios no electrónicos.

Responsable del tratamiento: Iltr. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca (C/ Juan Picornell, 7 Bajo CP 37006 Salamanca. Tel. 923134801, sede electrónica: <https://colegiodentistassalamanca.es/>

Delegado de protección de datos: D. Manel Rodríguez, Avda. Barcelona, 115 - 3 puerta3 08970 Sant Joan Despi (Barcelona) dpd@utpr.es”