

SOL·LICITUD DEL DIPLOMA ACREDITATIU DE CAPACITACIÓ EN MEDICINA PERICIAL I AVALUADORA

Núm. de col·legiat: _____ Col·legi: _____

Nom i cognoms: _____

Data de naixement: ___/___/___ Sexe: Home Dona Any de llicenciatura: _____

Carrer/Plaça: _____ Número: _____ Pis: _____ Porta: _____

Població: _____ Codi Postal: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____

ACTIVITAT PROFESSIONAL RELACIONADA AMB EL DIPLOMA SOL·LICITAT

Exercici professional en:

- Població < 5.000 habitants
 De 5.000 a 50.000 habitants
 De 50.000 a 500.000 habitants
 > 500.000 habitants

Pràctica: Hospitalària Extrahospitalària

Ambit prioritari: Públic Privat

Nom del centre: _____

Càrrec assistencial: _____

Grau de doctor: SI NO

Especialitat oficial: _____

Via MIR Via MESTO Altra via

En cas d'obtenir el Diploma Acreditatiu de Capacitació (DIACAP):
Autoritzo a que es publiqui el meu nom a la web del COMB, COMG,
COML, COMT i/o al Servei d'Informació col·legial respectiu, que he
obtingut el Diploma, i es mantindrà durant el temps de vigència d'aquest.
Les vostres dades personals seran introduïdes en un fitxer automatitzat de
l'Oficina Tècnica d'Acreditació del Consell de Col·legis de Metges de
Catalunya amb la finalitat de gestionar la vostra sol·licitud, prestar-vos de
forma personalitzada els nostres serveis i per a finalitats informatives i
estadístiques. Podreu exercir els drets d'accés, cancel·lació, rectificació i
oposició al tractament de les vostres dades per totes o alguna d'aquestes
finalitats o la seva comunicació a tercers, dirigint-nos un escrit a: Pg.
Bonanova, 47 - 08017 Barcelona, indicant el vostre nom, adreça i petició.

_____ a _____ d _____ de _____

Signatura