



**COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE ZARAGOZA**

**Remitir cumplimentado con la
documentación necesaria a:**

Ilmo. Sr. Presidente ICOMZ
Pº Ruiseñores 2 – 50006 – ZAARAGOZA
Teléfono 976388011
Email: secretariageneral@comz.org

IMPRESO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES DE INFORMACIÓN Y CONSULTAS ANTE LA COMISIÓN DE DEONTOLOGÍA. ICOMZ

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE			
PARTICULAR <input type="checkbox"/>	MÉDICO COLEGIADO <input type="checkbox"/>		
DNI		Nº COLEGIADO	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO		EMAIL	
LOCALIDAD		PROVINCIA	

PLANTEAMIENTO CONCRETO DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA Y FINALIDAD

--

RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

FECHA:

FIRMA DEL INTERESADO

Este documento, una vez cumplimentado, se presentará en el registro general del COMZ con firma manuscrita. Si se presenta por medios telemáticos, se requiere firma electrónica avanzada.

El ICOMZ tratará la información que nos facilita con el fin de tramitar su reclamación. La información que Vd. facilite deberá ser actual, exacta y verídica, siendo el interesado el único responsable de cualquier falsedad o inexactitud de la misma. Los datos proporcionados se conservarán durante los plazos previstos por la legislación específica. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cumplimiento de los artículos 15 a 21 del reglamento UE2016/679 usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose a lopd@comz.org.