



**COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE ZARAGOZA**

SELLO REGISTRO

FICHA DE DATOS DE BAJA DE COLEGIACIÓN

FECHA DE SOLICITUD

Número de Colegiado

N.I.F.

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

SOLICITA, BAJA DE COLEGIACIÓN POR:

- TRASLADO AL COLEGIO DE MÉDICOS DE:** _____
- CESE DE EJERCICIO MÉDICO**
- OTRAS CAUSAS (ESPECIFICAR)**

COMPROMETIÉNDOSE

A no realizar ejercicio profesional Médico Alguno, a partir de esta fecha.

ES REQUISITO, indispensable para la concesión de la Baja Colegial:

- Estar al corriente de pago de cualquier cuota colegial.
- Devolución del Carnet de Colegiado.
- Devolución del Talonario de tóxicos, si lo tuviera.

FIRMA DEL INTERESADO

De conformidad con el Reglamento UE 2016/679 y la LOPD le informamos de que sus datos serán procesados por el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA con la finalidad de gestionar su solicitud de baja. Los datos proporcionados se conservarán mientras Vd. no solicite su supresión y resulten adecuados y no excesivos. 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