



IB-0

## SOLICITUD DE BAJA

A la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Ópticos-Optometristas de la Región de Murcia:

Nombre _____ Apellidos _____	
Nº Colegiado/a _____ DNI/NIF/NIE _____	
Dirección _____	
Localidad _____ C.P. _____	
Teléfono _____ E-Mail _____	
<p><b>SOLICITA</b> la baja de esa Corporación de forma voluntaria. <b>DECLARANDO EXPRESAMENTE QUE NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD profesional</b> que determine la obligatoriedad de figurar debidamente colegiado (ya sea establecimiento sanitario, laboratorio, clínica oftalmológica y/o docente).</p>	
En _____, a ____ de _____ de _____	Registro de Entrada (Sello COORM y Firma del receptor)
Firma	
<p><b>INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS</b> Responsable: COLEGIO DE ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS DE LA REGIÓN DE MURCIA Finalidad: Gestión del Colegio. Legitimación: Interés legítimo del Responsable y consentimiento del interesado. Destinatarios: Le informamos de que sus datos podrán ser comunicados al Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas o en su defecto al Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas, con la finalidad de gestionar correctamente el alta que nos solicita y como consecuencia de la gestión que deben realizar desde el Colegio Nacional de todos los colegiados, por obligación legal o para prestar un servicio necesario como se explica en la información adicional. Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos expuesta en C/ MIGUEL VIVANCOS, 4 BJO. 1 C.P 30007 MURCIA y solicitar una copia para su conservación en la dirección arriba indicada.</p>	