colegio oficial de dentistas
LAS PALMAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESIÓN DE DATOS

Yo, _____, con DNI _____-__, y domicilio en la calle _____, número_____, piso_____, puerta_____, CP_____, población_____, a medio del presente escrito declaro expresamente:

1. Haber sido informado y autorizar la incorporación de mis datos personales a un fichero del que es titular el COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE LAS PALMAS, con la finalidad de ofrecer un servicio de gestión de demandantes de empleo (bolsa de trabajo) para los colegiados de dicha institución.
   Igualmente autorizo las comunicaciones de mis datos personales que con las exclusivas finalidades indicadas se realicen a terceros colegiados de este Colegio Oficial.

2. Igualmente declaro haber sido informado de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de la información concerniente mis datos personales, que me asisten.

3. El ejercicio de los precitados derechos, los puedo hacer efectivos mediante escrito dirigido a COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE LAS PALMAS, con domicilio de gestión en la calle Triana, 60, 2º, CP 35002 de Las Palmas de Gran Canaria, o bien a la dirección de correo electrónico lopd@coelp.es, adjuntando en toda caso copia de algún documento que acredite mi identidad como copia del DNI.

4. Se me informa asimismo que el plazo de permanencia de mis datos en dicho fichero, por razones de actualización del mismo es de 3 meses, desde la fecha de entrega, procediendo una vez transcurrido el plazo indicado al borrado definitivo de mis datos.

En Las Palmas de Gran Canaria a, _____de_____de 20___.

Fdo.