



SOLICITUD PARA EXPONER EN EL "ESPACIO DE ARTE" DEL ICOMZ

Nombre y apellidos:	
Relación con el ICOMZ: (colegiado, familiar de colegiado...)	
Nº de colegiado:	D.N.I.:
Dirección Postal:	
Teléfono:	E-mail:

Solicita de esta Institución:	
La correspondiente autorización para exponer una muestra de sus obras en "ESPACIO DE ARTE" del Ilustre Colegio de Médicos de Zaragoza	

Número de obras a exponer (aprox.):	Técnica empleada:
--	--------------------------

Fechas interesadas de exposición:
--

El que suscribe, que declara conocer todas y cada una de las condiciones exigidas para exponer que figuran en el adjunto Reglamento, se compromete a aceptarlas en su totalidad caso de ser admitida la presente solicitud.

El solicitante declara conocer la existencia de un fichero del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza con sus datos de carácter personal (tanto los indicados en este formulario como los que posteriormente modifiquen o amplíen), ubicado en su sede social (Pº Ruisiñores, 2), y consienten su tratamiento. Estos datos han sido recogidos por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza, destinatario de la información, para poder cumplimentar esta solicitud, así como para permitir la comunicación y ofrecimiento de cualquier otro tipo de actividad de la Obra Social y Cultural

Los interesados declaran conocer los derechos que les asisten de acceso, oposición, rectificación y cancelación de los datos del fichero del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza. Asimismo, se obligan a comunicar al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza cualquier modificación u omisión que pudieran sufrir estos datos.

En Zaragoza, a ____ de _____ de 202__

El Solicitante,

Fdo: _____