COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE SEVILLA

APELLIDOS Y NOMBRE		**NIF/DNI**	**Nº COLEGIADO**
DOMICILIO		**NÚMERO**	**PISO**
LOCALIDAD	**C.P.**	**PROVINCIA**	
TELÉFONO	**MÓVIL**	**E-MAIL**	

Expone:
Solicita:

Sevilla, a ___ de _____ de 20__.

Firma

AL SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE SEVILLA

A los efectos del RGPD 2016/679 y la LOPDGDG 3/2018, se informa que los datos personales incluidos en esta solicitud, serán incluidos en el registro de actividades correspondiente, creado bajo la responsabilidad del ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE SEVILLA. El interesado declara que facilita voluntariamente estos datos para llevar a cabo las gestiones necesarias. Queda informado de que los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, pueden ser ejercitados en el siguiente domicilio: ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE SEVILLA, C/ TAJO 1 - 41012 SEVILLA(SEVILLA). En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, el interesado se compromete a comunicarlo por escrito, con la finalidad de mantener los datos actualizados.