

# DECLARACIÓ RESPONSABLE

Cognoms \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
NIF \_\_\_\_\_

Col·legiat Núm. \_\_\_\_\_

En el seu propi nom.

En nom de la societat professional \_\_\_\_\_

## DECLARA :

I.- Que en data d'avui ha presentat la petició d'autorització de funcionament d'una consulta mèdica del Departament de Salut en el lloc que tot seguit es detalla:

Carrer/plaça \_\_\_\_\_

Núm \_\_\_\_\_

Població \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Província \_\_\_\_\_

Telèfon \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

II.- Que duu a terme activitat de visita mèdica en el domicili indicat sense internament ni sedacions.

III.- Que té contractada una pòlissa de Responsabilitat Civil Professional

amb el CCMC

altres ( Especificar Companyia i capital assegurat) \_\_\_\_\_.

Signatura.....

Data: ..... de .....de 201\_.

Aquesta declaració comporta que dono el meu consentiment per tal que les dades personals facilitades siguin tractades pel Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) amb la finalitat de tramitar l'expedient d'autorització de funcionament de consulta mèdica, en virtut de conveni entre l'Administració de la Generalitat de Catalunya, mitjançant el Departament de Salut i el CCMC per a la delegació de funcions de tramitació d'expedients d'autorització de determinades consultes mèdiques (Resolució SLT 1201/2015 de 25 de maig).

Les dades seran comunicades el Departament de Salut amb la finalitat de gestionar i resoldre l'expedient d'autorització de funcionament de consulta mèdica.

Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, CIF V60147889, Passeig Bonanova 47 08017 Barcelona, per correu postal o per email dpo@comb.cat. Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.