

**SOL·LICITUD D'EXEMPCIÓ DE QUOTES A CAUSA D'UNA
INVALIDESA, DISCAPACITACIÓ O INCAPACITACIÓ LEGAL**
A LA JUNTA DE GOVERN DEL COL·LEGI DE METGES DE BARCELONA (CoMB)

El/la sotasignat/da , el Dr./ la Dra.
....., amb el número
de col·legiat/da, és coneixedor/a del següent:

1) Que seran col·legiats honorífics, els metges que es trobin en estat d'invalidesa per a l'exercici de la professió de metges, o de discapacitat total i permanent, o bé que hagin estat incapacitats i que aquests col·legiats estaran exempts de pagar les quotes col·legials, passant a la situació de col·legiat/da honorífic/a i no exercent, situació que NO PERMET l'exercici de la professió en cap de les seves modalitats.

2) Que coneix que passarà a la situació de col·legiat no exercent i que en el supòsit d'estar donat d'alta a la pòlissa de Responsabilitat Civil Professional del Col·legi podrà contractar, si així ho desitja, la modalitat de no exercent que comporta una important reducció de cost. Amb aquesta quota reduïda podrà continuar mantenint la seva condició d'assegurat per reclamacions que pugui rebre a partir d'aquest moment i per actes mèdics realitzats amb anterioritat a aquesta situació.

3) Que en el cas de que vulgui revertir la condició de no exercent caldrà comunicar-ho al CoMB i justificar la nova situació.

4) Que és la seva voluntat constar en el Registre col·legial amb la Condició de NO EXERCENT, i per tant sol·licita que

- no consti cap adreça pública al Registre públic de metges col·legiats.
- l'adreça pública que ha de constar és

.....
.....

Telèfons.....

e-mail.....

I, per això, sol·licita que degut a la seva situació, se li concedeixi la categoria de col·legiat/da honorífic/a, quedant per tant exempt/a del pagament de les quotes col·legials.

El/la sotasignat/da adjunta el següent document, que sap que és obligatori:

- Resolució d'invalidesa, o de discapacitació, o d'incapacitació legal.

Dono el meu consentiment per tal que les dades personals facilitades siguin tractades pel COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA per les finalitats i funcions que li són pròpies i, en el present cas, per a gestionar la present sol·licitud de reducció de quotes per motiu d'invalidesa, de discapacitació o incapacitació legal. Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, CIF Q 0866001A, Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona, per correu postal, email dpo@comb.cat o a través de l'App MetgesBarcelona.* Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

Data i signatura: