

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO DEL COLEGIADO

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, en su propio nombre y derecho,  
con N.I.F número \_\_\_\_\_, y/o en nombre y representación de  
D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con domicilio en  
\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, provincia  
\_\_\_\_\_

Hace constar que, de conformidad con la normativa vigente, **AUTORIZA** al **COLEGIO PROFESIONAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID**, al tratamiento manual e informático de sus datos de carácter personal, para que sean incorporados y utilizados en los ficheros de esta entidad, para sus fines propios, así como para el envío de información sobre sus actividades. Los datos de carácter personal podrán ser utilizados o cedidos, para los fines legítimos del Colegio, de acuerdo con las previsiones de la ley.

El **COLEGIO PROFESIONAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID**, informa al titular de los datos de carácter personal, del derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de dichos datos, que podrá ejercer mediante comunicación escrita dirigida al domicilio de esta entidad, sito en calle Apolonio Morales nº1, entreplanta, 28036 Madrid.

En Madrid, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Fdo.- \_\_\_\_\_