

AUTORIZACIÓN BOLSA DE TRABAJO

D/D^a. _____ con número de
colegiado _____ y domicilio en
C/ _____ de
_____ .

AUTORIZO al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cáceres, a que incorpore mis datos a la bolsa de trabajo y que sean difundidos según el sistema establecido por ese Colegio.

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

(Firma)

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario pasarán a formar parte del fichero propiedad del Colegio de Farmacéuticos de Cáceres y se utilizarán para la gestión, administración y mantenimiento de los servicios propios del Colegio a sus colegiados. Así mismo le informamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en Cl. Periodista Sánchez Asensio, 2, 1º de Cáceres.