

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL LISTADO DE MÉDICOS PERITOS

1. Datos personales y colegiales

Nombre y apellidos: _____

DNI / NIE / Pasaporte: _____

Número de colegiado/a: _____

Dirección profesional: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

2. Datos profesionales

Especialidad médica (si procede): _____

3. Formación específica en peritaje médico

¿Está en posesión de título o formación específica en valoración del daño corporal?

Sí No

En caso afirmativo, indique:

Denominación del título o curso: _____

Otra formación relacionada con la actividad pericial (mediación, medicina legal, valoración de incapacidades, etc.) _____

4. Experiencia en actuaciones periciales (si procede):

5. Declaración y consentimiento

El/la abajo firmante declara que los datos consignados en el presente formulario son veraces y se compromete a comunicar cualquier modificación de los mismos.

Asimismo, autoriza al Ricoms a tratar los datos personales facilitados con la única finalidad de la gestión del Listado de Médicos Peritos, de conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos.

Lugar y fecha:

Firma: