



*Ilustre Colegio Profesional de Protésicos Dentales  
de la Comunidad de Madrid*

**SOLICITUD DE INCLUSION EN LA CAMPAÑA DE VACUNACION COVID19 A TRAVES  
DEL COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE MADRID**

Don..... protésico dental ejerciente en el laboratorio de prótesis dental ....., sito en ....., con número de colegiado..... con DNI N°....., con fecha de nacimiento....., en posesión de tarjeta sanitaria de la Consejería de Sanidad con código de identificación (CIPA)....., con teléfono de contacto.....

**SOLICITA AL COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE LA COMUNIDAD DE MADRID,** le incluya en la campaña de vacunación covid19, a realizar por la Consejería de Sanidad de Madrid próximamente, autorizando expresamente a dicha Corporación para que sus datos personales, reseñados en el encabezamiento, sean proporcionados a las autoridades sanitarias para que procedan a la vacunación correspondiente. Así mismo se asume el compromiso de aportar otra información complementaria que pueda solicitar la Administración Sanitaria para la vacunación. Con la remisión de la presente solicitud al COLPRODECAM se acepta la cesión de datos y la actualización de los ficheros sobre datos personales de los colegiados.

Fdo..... En Madrid, a....de febrero de 2021

**NOTAS:**

- Todo el proceso de vacunación, corre a cargo íntegramente de las Autoridades Sanitarias de Madrid. El Colegio tan solo se encarga de facilitar los datos de los colegiados y de realizar las tareas de cooperación que le sean requeridas.
- Resulta obligatorio la aportación de todos los datos interesados consistentes en, nombre y apellidos, denominación del centro de trabajo y dirección íntegra del mismo (calle, número, población, provincia) el DNI con aportación de una fotocopia actualizada del mismo, el CIPA de la tarjeta sanitaria así como el número de teléfono de contacto. Así mismo se advierte que los datos que se deben aportar podrán ser ampliados por las Autoridades Sanitarias como antecedentes de enfermedades y otros. En la fecha se deberá rellenar el número del día en que se firma la solicitud.
- La presente solicitud de vacunación debidamente rellena junto con fotocopia actualizada del DNI debe ser remitida por correo electrónico a [info@colprodecam.org](mailto:info@colprodecam.org) en el plazo que fije la Administración Sanitaria lo que se comunicara oportunamente.

**AVISO LEGAL:** De acuerdo con la normativa nacional vigente de la LOPDGDD 3/2018 y con el art. 13 del Reglamento UE 2016/679 y la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico (LSSICE), le informamos que los datos personales que nos ha facilitado han sido incluidos en el sistema de tratamiento de la información del Responsable del Tratamiento y cuya titularidad pertenece a COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE MADRID (en adelante RT).

En concreto se ha creado un nuevo fichero denominado campaña de vacunación covid19 2021 en donde constaran sus datos personales, los cuales también servirán de actualización del fichero de colegiados en lo que proceda. Asimismo, le informamos que RT utilizará estos datos con la finalidad de trasladar sus datos personales a las Autoridades Sanitarias para proceder a la campaña de Vacunación Covid 19 2021. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, ante COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE MADRID, C/Dr. Esquerdo nº 166, 1º E, 28007 Madrid, mediante comunicación por escrito o mediante correo electrónico a la dirección [info@colprodecam.org](mailto:info@colprodecam.org). También tiene derecho a presentar una reclamación ante la AEPD.