



**FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE
RECLAMACIÓN VÍA CONTENCIOSO-ADMINISTRATIVA
(Costas)**

Por favor, rellenar a máquina para su proceso.

1.- DATOS DE IDENTIFICACION:

DIRECCION Y TFNOS. DEL COLEGIO:

PERSONA DE CONTACTO:

2.- COLEGIADOS AFECTADOS:

NOMBRE, DOMICILIO Y TLNO.:

NOMBRE, DOMICILIO Y TLNO.:

NOMBRE, DOMICILIO Y TLNO.:

NOMBRE, DOMICILIO Y TLNO.:

NOMBRE, DOMICILIO Y TLNO.:

NOMBRE, DOMICILIO Y TLNO.:



3.- RECLAMACIÓN PRODUCIDA:

¿EXISTE RECLAMACIÓN PREVIA?: _____ (Si es afirmativo, adjuntar copia)

¿ANTE QUÉ ÓRGANO ADMINISTRATIVO SE PRESENTÓ?

TIPO DE RECLAMACIÓN:

ÓRGANO JUDICIAL QUE LO TRAMITA:

NUM. EXPTE.:

HA INTERVENIDO ALGUN LETRADO O PROCURADOR

NOMBRE, DOMICILIO PROF. Y TFNO. / FAX:

Lo designó: (Colegio, colegiado, otra Cía., etc.)

IMPOSICIÓN DE COSTAS:

FECHA DE RESOLUCIÓN:

Se acompaña copia de la resolución.

Le informamos que en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, serán tratados como Responsable por COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE LA RIOJA domiciliada en Logroño, Plaza Tomás y Valiente 4, Bajo. El tratamiento de estos datos tiene como finalidad la comunicación al Seguro del Siniestro para su tramitación. Por ello, la firma de este documento significa la autorización y por tanto, el consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos con las siguientes finalidades (marque la casilla si está de acuerdo con el tratamiento):

- Cesión de sus datos a la entidad aseguradora para la tramitación del siniestro

Puede ejercer en todo momento sus derechos así como obtener una información más exhaustiva acerca del tratamiento que el Colegio realiza de sus datos personales, puede consultar nuestra política de privacidad a través de la página web: www.colegioenfermeriarioja.org.