



D/D^a

Domiciliado en C.P.

Localidad y Provincia Teléfono

D.N.I. Centro/Servicio

TIPO DE PERSONAL: Docente PAS Laboral Alumnos Otros

EXPONE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SOLICITA:

.....

.....

.....

.....

Madrid, a de de

Firma,

MAGFCO. Y EXCMO. SR. RECTOR DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que los datos facilitados en este formulario serán incorporados al fichero denominado "REGISTRO DE DOCUMENTOS", cuya finalidad es la constatación de entrada y salida de documentos de la Universidad Complutense- El responsable del fichero es el Secretario General de la Universidad Complutense de Madrid. El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el Servicio de Registro General, Avenida de Séneca, 2, 28040 Madrid.