



D/D<sup>a</sup> .....

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.