

1. DATOS PERSONALES:

Apellidos:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
Nº. Colegiado/a:	<input type="text"/>		
Dirección profesional:	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Población:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
Tlf. profesional:	<input type="text"/>	Móvil profesional:	<input type="text"/>
E-mail profesional:	<input type="text"/>		
Especialidad 1:	<input type="text"/>		
Especialidad 2:	<input type="text"/>		
Otras habilidades periciales:	<input type="text"/>		

2. Solicita la inclusión en el siguiente registro pericial:

(1) Registro de Peritos del Colegio Oficial de Médicos de Toledo (sólo juzgados de esta provincia)

Justicia Gratuita (A)

Justicia Penal (B)

(2) Registro de Peritos Consejo Colegios Médicos Castilla-La Mancha (sólo juzgados de la Comunidad)

Justicia Gratuita (A)

Justicia Penal (B)

(3) Registro de Peritos de la Organización Médica Colegial (a petición de cualquier juzgado de España)

Lo que firmo en Toledo, a FIRMA

INSTRUCCIONES DE ENVÍO:

Una vez cumplimentado el presente formulario, puede remitirlo tanto por correo postal al Colegio de Médicos (C/ Núñez de Arce, 16 - 45003 Toledo), como por correo electrónico (comtoledo@comtoledo.org), como personalmente o por persona autorizada por usted en la sede colegial en Toledo (C/ Núñez de Arce, 16), o en la delegación colegial de Talavera de la Reina (C/ Vicente Aleixandre, 11).

Si tiene cualquier duda o consulta, contacte con el Colegio (Toledo: 925221619/925212840 - Talavera de la Reina: 925808514).