

1. DATOS PERSONALES:

Apellidos: Nombre:

Dirección profesional: C.P.

Población: Provincia:

Teléfono profesional: Móvil profesional:

E-mail profesional:

Especialidad 1:

Especialidad 2:

Otras habilidades periciales:

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: Si No

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

Justicia Gratuita: Si No

(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), por correo electrónico (comtoledo@comtoledo.org), como personalmente o por persona autorizada en la sede colegial en Toledo (C/ Núñez de Arce, 16), o en sede 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).