

El abajo firmante,

Don/Doña: \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_ mediante el

presente documento, DECLARA y MANIFIESTA que AUTORIZA al Colegio de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife, con domicilio en la C/ San Martín Nº 62 C.P. 38001 Santa Cruz de Tenerife, a la cesión para su publicación en la **Agenda Sanitaria**, de los datos de carácter personal que se detallan a continuación:

- Nº Colegiado
- Nombre y Apellidos Completos
- DNI
- Domicilio y Código Postal
- Teléfonos de contacto
- Correo electrónico
- Especialidades

Y en prueba de conformidad, el abajo firmante da su aceptación y consentimiento en Santa Cruz de Tenerife a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

Nombre y Firma del cedente:

---