



CONSORCIO DE  
COMPENSACION  
• DE SEGUROS •

## SOLICITUD DE ACCESO AL ARCHIVO DOCUMENTAL DEL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

<b>1. Solicitante</b>	Nombre y apellidos: D.N.I./C.I.F.: Domicilio: Población: Código Postal: Provincia: Teléfono: Correo Electrónico: Acreditación académica:
<b>2. Objeto de la consulta</b>	
<b>3. Documentos a consultar</b>	
<b>4. Periodo a consultar</b>	

### SOLICITA:

Por medio de la presente, el acceso a la documentación arriba indicada.

Asimismo, acepta las condiciones en que deba realizarse el acceso, la consulta, y la utilización de los datos manejados, quedando informado/a de que la solicitud de acceso a documentos que contengan datos de carácter personal podrá ser denegada en aplicación de la normativa aplicable en estos casos.

EL / LA SOLICITANTE

En Madrid, a ----- de----- de -----

De acuerdo con los principios de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, le comunicamos que sus datos personales no se destinarán a otros fines que no sean los de recibir notificación sobre el objeto de la petición, ni se entregarán a terceras personas. El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición puede realizarse en los Servicios Centrales del Consorcio de Compensación de Seguros: Pº de la Castellana, 32 – 28046 Madrid.