

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS COLEGIADOS EJERCIENTES DEL  
ICATF**

D/DÑA..... con

DNI N°..... y número de colegiado/a.....

**OPTA** por la:

- ADHESIÓN AL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**
- NO ADHESIÓN AL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL**

Y para que así conste, lo declaro y firmo en Santa Cruz de Tenerife, a..... de  
..... de 20....

Firma del solicitante:

**\* En caso de no adhesión al Seguro de Responsabilidad Civil, debe adjuntar copia del Seguro que tiene contratado o justificante de pago del mismo.**

Los datos de carácter personal que se faciliten por escrito mediante el presente formulario quedarán registrados en un fichero de datos personales perteneciente al Iltre. Colegio de Abogados de Santa Cruz de Tenerife, con la finalidad de contactar con los interesados, informar sobre novedades de su interés, contestar a las consultas y obtener datos estadísticos de las mismas. De la misma forma se informa expresamente, que sus datos de carácter personal, podrán ser objeto de cesión a otras Administraciones Públicas, Órganos Jurisdiccionales y Entidades jurídico-públicas, que por razones legalmente establecidas tuvieran que tener conocimiento de los mismos. En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación, oposición o en su caso la solicitud de portabilidad de sus datos ante el mencionado Responsable del fichero dirigiéndose por escrito al Iltre. Colegio de Abogados de Santa Cruz de Tenerife, calle Leoncio Rodríguez, 3 - 1ª planta, 38003 - Santa Cruz de Tenerife o por email a [protecciondatos@icatf.es](mailto:protecciondatos@icatf.es).