

**POR FAVOR, ESCRIBA TODOS LOS DATOS EN MAYÚSCULAS**

Número de Afiliación  
**R1-**

## HOJA DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL RESIDENTES R-1

D.N.I./C.I.F.	Apellidos	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono móvil	Especialidad	Centro de trabajo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico		
<input type="text"/>		

(Escriba con letra clara, distinguiendo mayúsculas de minúsculas, poniendo una letra en cada espacio)

Fecha fin primer año de residencia (R-1)

FIRMA

Sevilla, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Recibirá en su dirección de correo electrónico las claves de acceso a nuestra web y APP del Sindicato Médico Andaluz, donde podrá descargar documentos de interés para este periodo de trabajo (Manuales de Urgencias, Normativa, etc.)**

De conformidad con lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, consiento que mis datos sean incorporados a un fichero responsabilidad del **Sindicato Médico de Sevilla**. La finalidad del fichero será la inscripción, gestión, asesoramiento, y cobro de cuotas sindicales de nuestros afiliados, siendo posible la cesión de dichos datos al **Sindicato Médico Andaluz** para la correcta contabilización del número de afiliados, así como a AXA Seguros para la gestión de la relación del servicio prestado. Así mismo declaro haber sido informado sobre la responsabilidad de ejercer los derechos de A.R.C.O. dirigiéndome a **Sindicato Médico de Sevilla** en Avda. Ramón y Cajal, 9 Edif. Isla, entreplanta B, 41005-Sevilla, o mediante correo electrónico: [smsevilla@smsevilla.org](mailto:smsevilla@smsevilla.org)

Transcurrido el periodo gratuito de R-1, nos debe indicar si desea pasar a la inscripción general. Para ello recibirá un mensaje recordatorio. Si no lo desea o no responde en el plazo indicado, será dado/a de baja como afiliado/a.