

**SOL·LICITUD DE REDUCCIÓ DE QUOTES COL·LEGIALS**  
**PER MOTIU D'IT PER MATERNITAT/PATERNITAT**

**A LA JUNTA DE GOVERN DEL COL·LEGI DE METGES DE BARCELONA (CoMB)**

**El Dr./ La Dra. ....  
amb número de col·legiat/da....., sol·licita la reducció de quotes  
col·legials per motiu d'Incapacitat Laboral per Maternitat/Paternitat.  
Aquesta reducció implica passar a la condició de col·legiat /da sense exercici.**

El/la sota signant adjunta a aquesta sol·licitud el document requerit:

- Document de baixa laboral on s'explicita que el motiu de la baixa és la Maternitat/Paternitat, on consti el període.

**També, es compromet a notificar qualsevol canvi que es produeixi en cas que deixi d'estar en situació d'incapacitat. El CoMB podrà realitzar ajustos en les quotes deixades d'ingressar en cas de que es posi de manifest alguna inexactitud o errada en les dades proporcionades.**

*La data de sol·licitud de la reducció de quota per IT de Maternitat/Paternitat haurà de ser igual o inferior a la data de venciment de la prestació de naixement i cura de menor de l'INSS o Mútual Mèdica.*

Dono el meu consentiment per tal que les dades personals facilitades siguin tractades pel COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA per les finalitats i funcions que li son pròpies i, en el present cas, per a gestionar la present sol·licitud de reducció de quotes per motiu de maternitat. Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, CIF Q 0866001A, Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona, per correu postal, email [dpo@comb.cat](mailto:dpo@comb.cat) o a través de l'App MetgesBarcelona. Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.

**Data i signatura:**