



FOTOGRAFÍA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Domicilio				Localidad	
Código postal		Provincia	Teléfono fijo		Teléfono móvil
Nº colegiado	NIF	Correo electrónico			
Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)		Lugar nacimiento		Nacionalidad	
Universidad		Escuela Universitaria o Facultad		Fecha titulación (dd/mm/aaaa)	

ALTA NUEVO INGRESO (señalar con una X lo que proceda)

- 74€(asignación nuevo número colegial)
 0 € (asignación nuevo número colegial **subvencionado**).

Documentos que aporta:

- Fotocopia del DNI, NIE o pasaporte Título profesional original certificación supletoria provisional del título original
 2 fotografías tamaño carnet Vida laboral actualizada Datos bancarios Abono cuota mensual establecida (23,90 €)

REINGRESO (indique el motivo)

- Vuelta al ejercicio profesional Procedente de otro Colegio de Enfermería Procedente del extranjero

- Documentos que aporta:** Datos bancarios Abono cuota mensual establecida (23,90 €)
 2 fotografías tamaño carnet Vida laboral actualizada

- AUTORIZO al Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz, para que remita comunicaciones formativas, de gestión del COECADIZ y otros servicios a través de correo postal y/o medios electrónicos proporcionados.
- AUTORIZO al Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz para acceder a la información contenida en el Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales (RNTU), gestionado por la Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones de Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, por resultar necesario para acreditar mi titulación oficial o cualificación profesional en la tramitación de esta solicitud, todo ello de conformidad con la disposición adicional segunda de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible (BOE de 5 de marzo de 2011) con relación al Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD 2016/679). La presente autorización se otorga exclusivamente a los efectos de la presente solicitud. En el supuesto de no autorizar la verificación de los datos referidos a la titulación oficial o cualificación profesional se podrá paralizar la tramitación de la colegiación.

Fecha:

El Presidente
Rafael Campos Arévalo

Firma del colegiado

El Secretario
Manuel Cano Leal

Los datos de carácter personal solicitados forman parte de un fichero de datos automatizados en cumplimiento a los fines previstos en la Ley de Colegio Profesionales, (LEY 7/1997). La información es recogida con fines administrativos y cumple los requisitos exigidos por la nueva Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, siendo el responsable del fichero el Secretario del Colegio. El Colegio haciendo uso de sus funciones dará cumplimiento a las atribuciones colegiales, la gestión del ejercicio de las funciones públicas de ordenación, control de la actividad profesional asignada legal o estatutariamente y publicación de datos de carácter público en ventanilla única, así como para informarle de cualquier actividad que organice y/o en la que colabore el Colegio o que esté directamente relacionados con el desarrollo y actividad profesional.



ANEXO SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Domicilio		Localidad	
Código postal	Provincia	Teléfono fijo	Teléfono móvil
Nº colegiado	NIF	Correo electrónico	

Los datos personales del tomador del seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios designados que figuran en la presente póliza, así como cualquier dato adicional, incluidos los de salud que se generen durante la vigencia de la misma, requieren ser tratados en los ficheros de la entidad aseguradora con el fin de contratar y gestionar el contrato de seguro, así como para prestar los servicios relacionados con el mismo.

El tomador/asegurado autoriza que estos datos puedan ser conservados en los ficheros de la entidad aseguradora con fines estadísticos y de prevención de fraude, aún en el caso de que la póliza no llegue a perfeccionarse o se extinga por cualquier otra causa.

Fecha:

Firma del colegiado

--