

COLEGIO DE PODÓLOGOS DE CASTILLA Y LEÓN

Fotografía	1er Apellido																		
	2º Apellido																		
	Nombre																		
	Nº de Colegiado	D.N.I.	Fecha de nacimiento																
Domicilio	C.P	Población	Provincia																
Tfno. Particular	Tfno. Consulta	Móvil	E-Mail																
Fecha solicitud de Inscripción Colegio		Fecha ingreso Colegio																	
Fecha de baja Colegio		Motivo																	
Clave bancaria domiciliación de recibos IBAN:																			
E	S																		
IBAN		Nº Entidad		Nº Sucursal		D.C.		Nº de Cuenta											
Cuota Ingreso		Cuota Trimestral		Fecha entrega Credencial y Carné Colegiado															

Vº Bº El Presidente	La Secretaria	Firma del Solicitante
D. José Luis Muñoz Álvarez	Dña. Cristina Ortega García	

La colegiación conlleva la incorporación de los presentes datos para su utilización a los siguientes ficheros:

Obligatorios:

- Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos
- Colegio Oficial de Podólogos de Castilla y León
- Consejerías de Castilla y León
- Compañías de Seguros Asistenciales y/o Responsabilidad Civil
- Empresas de Recogida de Residuos Sanitarios
- Banco Sabadell, según convenio
- Correduría de Seguros Broker´s88, según convenio

- Empresas con las que el COPCYL establezca convenios de colaboración, previamente informando al colegiado
- Residencias de ancianos
- Administración Sanitaria por convenios de prestación de servicios
- Internet, Revistas provinciales, Autonómicas o Nacionales
- Otros colectivos
- Bolsa de Trabajo

Documentos a presentar para la colegiación:

- Título de Podólogo / a, o en su defecto fotocopia compulsada
- Fotocopia de D.N.I. o pasaporte en vigor
- Fotografía **reciente**, en color, tamaño carné
- **Cumplimentar domiciliación bancaria**
- Documento indicando la dirección/es de la consulta o clínica
- Alta en Seguridad Social
- Licencia de funcionamiento de la consulta donde se ejercerá la actividad profesional emitida por la Delegación Provincial de Sanidad

Inscripción según Ley 8/97 de Colegios Profesionales de Castilla y León, y Ley 2/2000 de Colegio de Podólogos de Castilla y León.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con el Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE) 2016/679 y con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, con la firma del presente formulario solicitamos tu consentimiento expreso para legitimar que tus datos personales sean incorporados a los ficheros del Colegio para ser tratados con el fin de llevar a cabo la gestión administrativa y contable, cumplir con los fines estatutarios y realizar las comunicaciones relacionadas con los asuntos propios del Colegio, por lo que sólo se solicitan en el formulario los datos personales necesarios para cumplir con la finalidad indicada. No se cederán datos personales a terceros, salvo por obligación legal o para facilitar la prestación de los servicios y la gestión de la entidad, a las organizaciones y entidades referidas en el formulario, y principalmente al Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos. Los datos serán conservados mientras se mantenga la pertenencia al Colegio y durante los plazos legales de prescripción que sean de aplicación. Con la firma del formulario el colegiado/a declara haber recibido la información básica sobre el tratamiento de datos personales realizado por el Colegio Profesional como responsable del tratamiento.

Se facilitará un documento con información adicional sobre la política de tratamiento de datos personales aplicada por el Colegio, si así se solicita, y se podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento y portabilidad respecto de los datos personales y retirar en cualquier momento el consentimiento para el tratamiento de los mismos dirigiéndose al **COLEGIO OFICIAL DE PODOLOGOS DE CASTILLA Y LEON**, entidad con CIF G-09382433, y domicilio en Calle Postas, 14 1º A - 09400 - Aranda de Duero (Burgos) o en colegio@copcyl.org

<input type="checkbox"/> AUTORIZO	A que el Colegio contacte por teléfono, correo electrónico u otro medio para informar sobre actividades o servicios del Colegio de mi interés como Colegiado/a, incluyendo información sobre buenas prácticas, obligaciones legales, cursos, jornadas, eventos, publicaciones, reuniones o juntas
-----------------------------------	---

<input type="checkbox"/> AUTORIZO	A recibir por teléfono, correo electrónico u otro medio comunicaciones del Colegio sobre convenios o acuerdos ventajosos suscritos con terceros y referidos a productos o servicios relacionados con cuestiones de mi interés como Colegiado/a así como con la actividad profesional desarrollada
-----------------------------------	---

DIRECCIÓN CONSULTA

D./D^a. _____,

Comunico los datos de la consulta donde realizo mi actividad profesional:

CONSULTA 1	
Nombre/ razón social:	_____
Dirección	_____ n° _____
Localidad	C.P. _____ Provincia _____
Teléfono	Móvil _____
E-Mail	Nº de Registro en Sanidad _____

CONSULTA 2	
Nombre/ razón social:	_____
Dirección	_____ n° _____
Localidad	C.P. _____ Provincia _____
Teléfono	Móvil _____
E-Mail	Nº de Registro em Sanidad _____

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Fdo.: _____