

## 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
Traslado de otro Colegio Oficial de Podólogos Autonómico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo: Colegio _____; Colegiado desde _____			
Fecha solicitud de Inscripción		Fecha ingreso Colegio	
Fecha de baja Colegio		Motivo	
Clave bancaria domiciliación de recibos <b>IBAN</b> :			
E	S		
IBAN	Nº Entidad	Nº Sucursal	D.C.
Nº de Cuenta			
Cuota ingreso 0,- €	Cuota Trimestral 80,00 euros		Fecha entrega Credencial y Carné Colegiado

Vº Bº El Presidente	El Secretario	Firma del solicitante
D. José Luis Muñoz Álvarez	D. Francisco Casado Hernández	

**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

### **Optativos:**

- 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 en este documento
- 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.*

Según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal, le informamos que los datos facilitados pasarán a formar parte de ficheros titularidad del **Ilustre Colegio Profesional de Podólogos de Castilla y León** (en adelante **COPCYL**). La finalidad de los mismos es la gestión de las actividades colegiales, de la relación con los colegiados, y la de estos con el Consejo General en su caso, así como informar a los Colegiados, incluso por medios electrónicos, sobre Cursos, eventos, jornadas, productos o servicios que preste el Colegio o terceros, o remitir publicaciones que el Colegio entienda puedan ser de interés y beneficiosas para los Colegiados. El colegiado expresamente autoriza al Colegio la comunicación de sus datos al Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, para el cumplimiento de sus fines previstos en los Estatutos del Colegio. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán ejercitarse por escrito, con prueba fehaciente de la identidad del peticionario, en la dirección del COPCYL C/ Postas, 14-1º-A 09400 Aranda de Duero (Burgos)

Dirección Colegial: C/ Postas, 14-1º-A 09400 Aranda de Duero (Burgos)

### DIRECCIÓN CONSULTA

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_,

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

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

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

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Fdo.: \_\_\_\_\_