

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

D. /Dña.: _____

D.N.I.: _____ NACIONALIDAD: _____ FECHA NACIMIENTO: _____

MODALIDAD DE COLEGIACIÓN: EJERCIENTE NO EJERCIENTE

*DOMICILIO: _____

*POBLACIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ *PROVINCIA: _____

*TELF./MÓVIL/FAX: _____

*E-MAIL: _____

ANTERIORMENTE COLEGIADO EN CLM: SI NO

SE TRASLADA DE OTRO COLEGIO PROFESIONAL: SI NO

APORTA CERTIFICADO DE OBLIGACIONES COLEGIALES: SI NO

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO: _____

DOMICILIO PROFESIONAL: _____

POBLACIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ PROVINCIA: _____

TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA: SI NO

TRABAJADOR POR CUENTA AJENA: SI NO

*Campos obligatorios

SOLICITO A LA JUNTA DE GOBIERNO:

SER COLEGIADO EN CASTILLA-LA MANCHA, POR LO CUAL ADJUNTO LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA

Le informamos que los datos personales que voluntariamente nos facilita a través del presente documento, y por el que autoriza a que pasen a formar parte de un fichero bajo responsabilidad del COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA LA MANCHA, resultan necesarios para la tramitación y gestión de su solicitud, autorizando de manera expresa a la posible cesión de la citada información referida a datos de carácter personal, a los Organismos Públicos y Privados necesarios para la gestión citada. Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición ante el COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA LA MANCHA, o enviando un correo electrónico a info@colegiologopediaclm.com

FIRMA:

FECHA: