

# COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA-LA MANCHA

## 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 COLEGALES:  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](mailto:info@colegiologopediaclm.com)

FIRMA:

FECHA:

**COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA-LA MANCHA**

**Apartado de Correos 1136 C.P. 45007 Toledo**

**Tel: 925 21 01 03E-mail: [info@colegiologopediaclm.com](mailto:info@colegiologopediaclm.com)<http://www.colegiologopediaclm.com>**