

## 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	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:**

- Colegio Oficial de Podólogos de Castilla y León
- Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos
- 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 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.*

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 Derechos Digitales, le informamos que los datos personales recogidos en este documento se incluirán en ficheros de los que es titular el COLEGIO OFICIAL DE PODOLOGOS DE CASTILLA Y LEON. 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 el Estatuto 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) o en el correo electrónico colegio@copcyl.org.

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

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

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

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



Sr. Presidente del Colegio de Podólogos de Castilla y León  
C/ Postas 14, 1ªA 09400 Aranda de Duero (Burgos)

## CONSENTIMIENTO DE COLEGIADOS/AS PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS

De acuerdo con lo establecido en el Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE) 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, solicitamos tu consentimiento expreso para legitimar que tus datos personales sean incorporados a los ficheros del Colegio para ser tratados con la finalidad 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 te pedirán en el formulario de solicitud de inscripción 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 de colegiación, y principalmente al Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos.

De acuerdo con lo indicado, D./Dña \_\_\_\_\_ con NIF \_\_\_\_\_ y con domicilio en \_\_\_\_\_

consiente de modo expreso que sus datos personales sean recogidos y tratados para poder cumplir con la finalidad indicada, y declara haber recibido la información básica sobre el tratamiento de sus datos personales realizado por el Colegio Profesional como entidad responsable del tratamiento.

<input type="checkbox"/> AUTORIZO	A que el Colegio me informe por teléfono, correo electrónico u otro medio 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

También se facilitará el correspondiente documento con información adicional sobre la política de tratamiento de datos personales aplicada por el Colegio, si así lo solicitas, y podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento y portabilidad respecto de sus datos personales y retirar en cualquier momento su consentimiento para el tratamiento de los mismos dirigiéndose al **COLEGIO OFICIAL DE PODOLOGOS DE CASTILLA Y LEON**, con CIF G-09382433 y entidad responsable del tratamiento de sus datos, en Calle Postas, 14 1º A - 09400 - Aranda de Duero (Burgos) o en [colegio@copcyl.org](mailto:colegio@copcyl.org)

Aranda de Duero, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo \_\_\_\_\_

Sr. Presidente del Colegio de Podólogos de Castilla y León  
C/ Postas 14, 1ºA 09400 Aranda de Duero (Burgos)

COLEGIADO/A