COLEGIO DE MADRID logopedas

FECHA DE ENTRADA _____

Nº DE SOLICITUD _____

Nº DE COLEGIADO_____

# SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

NOMBRE: _____

APELLIDO 1:_____APELLIDO 2:_____

NIF: _____ NIE: _____ NIE-UE:_____

FECHA DE NACIMIENTO: _____NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____

POBLACION: _____ C.P.: _____ PROVINCIA:_____

TEL./ MÓVIL/: _____ / _____(Al menos un teléfono, fijo y/o móvil.)

EMAIL:_____

IBAN DE LA CUENTA BANCARIA:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PAGO DE CUOTA COLEGIAL: PAGO ÚNICO ☐ PAGO FRACCIONADO* ☐

(*) Sólo para colegiaciones en el primer semestre del año.

**SOLICITO LA** COLEGIACIÓN ☐ COLEGIACIÓN NOVEL* * ☐ COLEGIACIÓN POR TRASLADO ☐

(**) Sólo recién graduados hasta 3 meses desde la fecha de graduación

EN EL **COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID**.

DOCUMENTACIÓN APORTADA: *VER ANEXO I ADJUNTO*

☐ He leído y he sido informado del sistema de cuotas del colegio y acepto las condiciones del mismo.
(Es imprescindible señalar estas casillas. No se aceptarán solicitudes en las que no se haya señalado)

☐ Doy mi consentimiento para figurar en la relación pública de colegiados del CPLCM

☐ Autorizo la subida de fotografías y archivos multimedia (video y audio) a la web y redes sociales del colegio en las que yo pueda aparecer cuando éstas hayan sido tomadas durante actividades organizadas por el colegio

☐ Deseo recibir la información comercial de aquellas empresas con las que el colegio llegue a acuerdos/convenios y consideren sean de mi interés

*Firma del solicitante:* *Fecha:*

**En cumplimiento de la normativa vigente en materia de Protección de Datos (LO 15/1999 de 13 de diciembre y RGPD 2016/679) el COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID le informa que la finalidad del tratamiento en la recogida de datos es la gestión administrativa de los datos necesarios para fines colegiales descritos en las leyes estatal y autonómica de colegios profesionales y especialmente en los estatutos de la corporación.**
**El responsable del tratamiento es el COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID. El delegado de protección de datos es Previsión Sanitaria Servicios y Consultoría S.L.U con domicilio en c/Génova 26,28004, Madrid y con mail de contacto: protección de datos@grupopsn.es**
**La base jurídica del tratamiento es el consentimiento otorgado por el interesado.**
**Sus datos pueden ser cedidos a Administraciones y organismos públicos para el cumplimiento de las obligaciones directamente exigibles a la corporación, en concreto, registros públicos, colegios profesionales, administración tributaria, entidades dedicadas al cumplimiento/incumplimiento de las obligaciones dinerarias, bancos, cajas de ahorros y cajas rurales, entidades aseguradoras, sindicatos y juntas de personal y Administración Pública con competencia en la materia.**
**Usted puede acceder, rectificar y suprimir los datos, así como limitar su tratamiento o solicitar la portabilidad a otro responsable mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido a COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID, C/ Pamplona, 45 – Esc. Izq. 1º C 2 (28039 – Madrid), o bien a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.**
**Puede solicitar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID.**