



Ilustre Colegio Profesional de Enfermería de Ciudad Real



SOLICITUD DE INGRESO

Nº Colegiado: _____			
D./D ^a _____			
Sexo: ____ D.N.I.: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____			
Natural de _____ Provincia _____ País _____			
Estado Civil: _____			
Domicilio _____		Código Postal: _____	
Población: _____ Provincia _____			
Teléfono: _____ Teléfono Móvil _____			
e-mail _____			
Procede de _____			
¿Ha pertenecido alguna vez a nuestro Colegio? _____ Año _____			
¿Se encuentra trabajando? _____ Lugar de trabajo _____			
Planta/servicio _____		Teléfono de trabajo _____	
_____		Extensión _____	
Universidad			
Título		Fecha expedición	
Nº de registro			
Especialidad			
Datos Bancarios			
IBAN		Entidad	
Oficina			D.C.
Nº de Cuenta			
ES			
Nombre de la entidad _____			

SOLICITA:

Su ingreso en este Colegio, en concepto de Colegiado de Número, con los derechos y los deberes que otorgan los Estatutos del Colegio Profesional de Enfermería de CIUDAD REAL, obligándose al cumplimiento de cuantas disposiciones legales fueren promulgadas por los Organismos Superiores, y a prestar toda su colaboración para mayor prestigio profesional.

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo.: _____

Ilmo. Sr. Presidente del Colegio Profesional de Enfermería de Ciudad Real

INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos de carácter personal que nos proporciona pasarán a formar parte de ficheros titularidad de COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL y que se encuentran inscritos en el Registro de la Agencia Española de Protección de Datos, cuyas finalidades exclusivas son las derivadas de la actividad colegial, en concreto, la gestión y tramitación de las solicitudes de altas y bajas del Colegio, así como la gestión de tipo administrativa necesaria para la prestación de servicios, conforme a lo establecido en la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, y sus modificaciones, en la Ley 10/1999, de 26 de mayo, de Creación de Colegios Profesionales de Castilla-La Mancha, y en sus propios Estatutos, cabiendo citar los siguientes:

- La ordenación del ejercicio de la profesión de enfermería en el ámbito de la Provincia de Ciudad Real, y en todas sus formas y especialidades, la representación exclusiva de esta profesión y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados, todo ello sin perjuicio de la competencia de la Administración Pública por razón de la relación funcional, ni de las representaciones sindicales en el ámbito específico de sus funciones.
- Vigilar el ejercicio de la actividad profesional y su adecuación a los intereses públicos y a la ética profesional.
- Velar la ética y la dignidad profesional, así como cumplir las normas del Código Deontológico de la Enfermería Española con carácter obligatorio.

El COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL le informa que sus datos serán cedidos en todos aquellos casos en que sea necesario para el desarrollo, cumplimiento y control de la relación con nuestra entidad y para el cumplimiento de sus fines y de cuantas funciones le sean propias, así como en los supuestos en que lo autorice una norma con rango de ley.

En este sentido, sus datos podrán ser cedidos, sin carácter limitativo o excluyente, a las siguientes entidades: Órganos de la Administración General del Estado, de la Comunidad Autónoma, Provincial o Local e Instituciones de carácter público competentes, cuando se persiga el cumplimiento de fines y funciones de Derecho público o así se disponga legalmente; Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España; Consejo Autonómico de Colegios de Enfermería de Castilla-La Mancha; Colegios profesionales; entidades bancarias; Administración de Justicia y a entidades aseguradoras con la finalidad de proporcionar los seguros de Responsabilidad Civil, Vida y Accidentes.

Por lo expuesto, (marcar lo que proceda)

AUTORIZO al COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL a comunicar mis datos personales a terceros si dicha cesión persigue funciones reconocidas legalmente a los Colegios Profesionales, tales como la organización de actividades y servicios comunes de interés para los colegiados, de carácter profesional, formativo, cultural, asistencial y de previsión y otros análogos (artículo 5.j de la vigente Ley de Colegios Profesionales).

NO AUTORIZO la comunicación de mis datos personales a terceros, por lo cual ésta sólo podrá llevarse a cabo en los casos en que la normativa sobre protección de datos personales no exige el consentimiento del interesado.

Con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 4.3 de la LOPD, el colegiado se compromete a comunicar al COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL los cambios que se produzcan en sus datos, de forma que respondan con veracidad a su situación actual en todo momento.

Asimismo, se requiere su consentimiento inequívoco para que el Colegio Profesional de Enfermería de la Provincia de Ciudad Real pueda acceder a los datos de carácter personal que le conciernen, contenidos en los Registros de Títulos de las Administraciones Públicas competentes y, en especial en el Registro de Titulados Universitarios Oficiales, con el objeto de realizar las pertinentes verificaciones sobre el título universitario que usted ha facilitado al Colegio, siendo tal verificación, requisito indispensable para la tramitación de incorporación al Colegio; todo ello a los efectos de cumplimiento de la Disposición Adicional Segunda de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible.

(Marcar lo que proceda)

Otorgo mi consentimiento inequívoco para que el Colegio realice los trámites oportunos para la verificación de mi título universitario.

Me opongo a que el Colegio acceda a los datos necesarios para la verificación de mi título universitario y deseo presentar la documentación acreditativa en la sede colegial (dispone de 15 días naturales para presentarla).

Asimismo, se requiere su consentimiento inequívoco para la recepción de comunicaciones del COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL con información de interés en general y sobre el ejercicio de la profesión y organización colegial en particular, a través del teléfono, correo postal ordinario, fax, correo electrónico o medios de comunicación electrónica equivalentes (Marcar lo que proceda).

No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre actividades e información de interés general COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL

No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación no electrónico sobre actividades e información de interés general COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL

Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación electrónico sobre actividades e información de interés general COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL

Usted podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada Ley Orgánica 15/1999, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido a COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL, C/ PEDRERA BAJA 47, BAJO, 13003, CIUDAD REAL (CIUDAD REAL) o bien a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.