|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE TRASLADO DE COLEGIACIÓN** |
|  |  |  |  |
| **NÚM. DE COLEGIADO** |  |
|  |  |  |  |
| **1 - DATOS PERSONALES:** |  |  |  |
| **NOMBRE** | **APELLIDO 1** | **APELLIDO 2** | **DNI** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2 - DATOS DE CONTACTO:** |  |  |  |
| **DIRECCIÓN**  | **C.P.** | **LOCALIDAD** | **PROVINCIA** |
|  |  |  |  |
| **TELF. FIJO** | **TELF. MOVIL** | **FAX** | **EMAIL** |
|  |  |  |  |

**SOLICITO**

El traslado de mi colegiación desde el Colegio de Enfermería de la provincia de , por cambio del domicilio del ejercicio de mi profesión, al Colegio de Enfermería de la provincia de , donde causaré alta.

De igual forma hago constar que, en la nueva provincia, tengo establecido mi domicilio de residencia cuyos datos de contacto son lo siguientes:

EJEMPLAR PARA EL COLEGIO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3 - DATOS DE CONTACTO NUEVO DOMICILIO:** |  |  |  |
| **DIRECCIÓN**  | **C.P.** | **LOCALIDAD** | **PROVINCIA** |
|  |  |  |  |
| **TELF. FIJO** | **TELF. MOVIL** | **FAX** | **EMAIL** |
|  |  |  |  |
| **CENTRO DE TRABAJO** |
|  |

****Igualmente, mediante mi firma, confirmo que he leído y acepto todas las condiciones implícitas a la solicitud de traslado, reflejadas en las cláusulas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **, a** **de** **del** **EL/ LA INTERESADO/A** |  | **SELLO Y FECHA DE RECEPCIÓN** |

[x]  **AUTORIZO LA INCORPORACIÓN DE MIS DATOS A UN FICHERO AUTOMATIZADO CONFORME A LA LEY 03/2018 ORGÁNICA DE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (1).**

**SOLICITUD DE TRASLADO DE COLEGIACIÓN - REVERSO**

1. Los datos recabados a través de los formularios de recogida de datos, serán incorporados a un fichero automatizado de datos de carácter personal del que es responsable el ILMO. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CEUTA, partir de ahora COLEGIO. Esta entidad tratará los datos de forma confidencial y con la finalidad recogida en los ficheros dados de alta ante la Agencia Española de Protección de Datos para este fin. Asimismo, el COLEGIO, cancelará, borrará y/o bloqueará los datos cuando resulten inexactos, incompletos o hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para su finalidad, de conformidad con lo previsto en la legislación en materia de protección de datos. No obstante, el Usuario podrá oponerse al envío de comunicaciones por escrito con copia de su N.I.F. a la dirección C/ Velarde, 6 1ºB – 51001 Ceuta. Asimismo, en cada una de los envíos de comunicaciones, se indicará de manera expresa el procedimiento habilitado para oponerse a sucesivos envíos.

El Usuario podrá revocar el consentimiento prestado y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a tal efecto a la dirección señalada en el párrafo anterior. El Colegio. Adopta los niveles de seguridad requeridos por el Reglamento de Medidas de Seguridad aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal

|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE TRASLADO DE COLEGIACIÓN** |
|  |  |  |  |
| **NÚM. DE COLEGIADO** |  |
|  |  |  |  |
| **1 - DATOS PERSONALES:** |  |  |  |
| **NOMBRE** | **APELLIDO 1** | **APELLIDO 2** | **DNI** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2 - DATOS DE CONTACTO:** |  |  |  |
| **DIRECCIÓN**  | **C.P.** | **LOCALIDAD** | **PROVINCIA** |
|  |  |  |  |
| **TELF. FIJO** | **TELF. MOVIL** | **FAX** | **EMAIL** |
|  |  |  |  |

**SOLICITO**

El traslado de mi colegiación desde el Colegio de Enfermería de la provincia de , por cambio del domicilio del ejercicio de mi profesión, al Colegio de Enfermería de la provincia de , donde causaré alta.

De igual forma hago constar que, en la nueva provincia, tengo establecido mi domicilio de residencia cuyos datos de contacto son lo siguientes:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3 - DATOS DE CONTACTO NUEVO DOMICILIO:** |  |  |  |
| **DIRECCIÓN**  | **C.P.** | **LOCALIDAD** | **PROVINCIA** |
|  |  |  |  |
| **TELF. FIJO** | **TELF. MOVIL** | **FAX** | **EMAIL** |
|  |  |  |  |
| **CENTRO DE TRABAJO** |
|  |

****Igualmente, mediante mi firma, confirmo que he leído y acepto todas las condiciones implícitas a la solicitud de traslado, reflejadas en las cláusulas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **, a de del** **EL/ LA INTERESADO/A** |  | **SELLO Y FECHA DE RECEPCIÓN** |

[x]  **AUTORIZO LA INCORPORACIÓN DE MIS DATOS A UN FICHERO AUTOMATIZADO CONFORME A LA LEY 03/2018 ORGÁNICA DE DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (1).**

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

**SOLICITUD DE TRASLADO DE COLEGIACIÓN - REVERSO**

1. Los datos recabados a través de los formularios de recogida de datos, serán incorporados a un fichero automatizado de datos de carácter personal del que es responsable el ILMO. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CEUTA, partir de ahora COLEGIO. Esta entidad tratará los datos de forma confidencial y con la finalidad recogida en los ficheros dados de alta ante la Agencia Española de Protección de Datos para este fin. Asimismo, el COLEGIO, cancelará, borrará y/o bloqueará los datos cuando resulten inexactos, incompletos o hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para su finalidad, de conformidad con lo previsto en la legislación en materia de protección de datos. No obstante, el Usuario podrá oponerse al envío de comunicaciones por escrito con copia de su N.I.F. a la dirección C/ Velarde, 6 1ºB – 51001 Ceuta. Asimismo, en cada una de los envíos de comunicaciones, se indicará de manera expresa el procedimiento habilitado para oponerse a sucesivos envíos.

El Usuario podrá revocar el consentimiento prestado y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a tal efecto a la dirección señalada en el párrafo anterior. El Colegio. Adopta los niveles de seguridad requeridos por el Reglamento de Medidas de Seguridad aprobado por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal