Ficha solicitud de colegiación

Nº de colegiado: ……..

Fecha de solicitud:____-_____-20___

Apellidos:_____

Nombre:_____

Dirección:_____

Población:_____ Código postal:_____

Provincia:_____

Teléfono:_____ Móvil:_____

Fax:_____-

Correo electrónico:_____

DNI/NIF:_____ Fecha de nacimiento:____-_____-____

Trabajador por cuenta propia si no

Trabajador por cuenta ajena si no Ejerciente si no

Datos de la empresa en la que desarrolla su trabajo de protésico dental
Nombre de la empresa:_____
Dirección:_____
Población:_____ Código postal:_____
Provincia:_____ Télefono:_____

Titulado **si** **no**

Habilitado directo **si** **no** Habilitado exámen **si** **no**

(Táchese lo que no proceda, no rellenar los espacios en gris)

(Rellenar la ficha con letras mayúsculas)

Firma del solicitante

De conformidad con la ley orgánica 15/1999 de 13 Diciembre de Protección de datos de carácter personal, Ud queda informado de que los datos de carácter personal suministrados van a formar parte de un fichero automatizado del que es responsable el Colegio de Protésicos Dentales de la Comunidad Foral de Navarra. Así mismo, al facilitar los datos solicitados Ud presta su consentimiento expreso para poder llevar a cabo el tratamiento de los datos personales para la colegiación del arriba firmante n el Colegio de Protésicos Dentales de Navarra.

Así mismo le informamos que tiene reconocidos los datos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, las cuales podrá ejercitar mediante el envió de una petición escrita que deberá remitir por correo certificado y con acuse de recibo a la siguiente dirección: C/Monasterio de Yarte,1 bajo 31011 Pamplona