



SOLICITUD DE INGRESO

Nº de Colegiado:

D/Dña
nacido en _____ provincia de _____ el día _____
con D.N.I. nº _____ y domicilio en _____ n° _____
Piso _____ población _____ de provincia de _____
C.P _____ teléfono _____
y e-mail _____ terminó la Carrera en la Escuela
Universitaria de _____ en el año _____

Datos bancarios:

Nombre de la entidad bancaria:
Dirección de la sucursal bancaria:
Código de Banco _____ Sucursal _____ Dígito de Control _____
Número de cuenta _____

Expone:

Que reuniendo los requisitos necesarios para la adquisición de la condición de colegiado del Colegio Profesional de Diplomados en Enfermería de Segovia

Solicita:

La incorporación al Colegio Profesional de Diplomados en Enfermería de Segovia como:
Nota: Señale lo que proceda.

Colegiado Ejerciente:	N. Ingreso:	Reingreso:	Doble colegiación:
	Traslado desde:		
Colegiado No Ejerciente:	N. Ingreso:	Reingreso:	Doble colegiación:
	Traslado desde:		
Colegiado Jubilado:			

Y sea tramitada dicha solicitud a los efectos oportunos

De acuerdo con lo establecido en la legislación vigente, el solicitante queda informado, de modo expreso, y presta su consentimiento para la incorporación de los datos correspondientes a las personas físicas contenidas en el presente formulario a los ficheros informatizados existentes en el Colegio Profesional de Diplomados de Enfermería de Segovia, así como al tratamiento automatizado a que van a ser sometidos. El solicitante queda igualmente informado sobre la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos establecidos en la legislación vigente, siendo el responsable del fichero automatizado el Colegio Profesional de Diplomados de Enfermería de Segovia (C/ Lérida, 44, Segovia). A los efectos previstos en el artículo 11 de la Ley Orgánica (15/1999), el colegiado autoriza expresamente la cesión de sus datos personales que el titular del fichero automatizado realice para el cumplimiento de los fines previstos en sus Estatutos o norma reguladora, y de los servicios que, en su ejecución, le puedan ser presentados.

Segovia, de _____ de _____

Fdo.:

ILMO SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE SEGOVIA.