



## DATOS PERSONALES

Nº Colegiado:

Nombre y Apellidos		FOTO		
Fecha de nacimiento	N. I. F.			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Teléfonos				
Fijo:	Móvil:			Fax:
Correo electrónico				
Dirección	Código Postal			
Población		Provincia		

En virtud de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos 679/2016 EU, y en el artículo 5 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal y garantía de los Derechos Digitales le informamos que el Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía tratará sus datos estando legitimado para ello en virtud de lo dispuesto en la Ley reguladora de los Colegios Profesionales de Andalucía, y en los Estatutos del propio Colegio, con la finalidad de gestión de su solicitud de colegiación, estando legitimado para ello para ejercer sus funciones de ordenación de la profesión, y defensa de los intereses comunes de la profesión, para la comunicación con los colegiados para informarles sobre cuestiones de gestión y administración del Colegio que les afecten, para defensa ante los Juzgados y Tribunales de los intereses comunes o individuales, para la contratación de seguros, y otras finalidades que legal o estatutariamente le correspondan al Colegio. Para llevar a cabo estas finalidades sus datos serán comunicados al Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas, a Juzgados y Tribunales, entidades aseguradoras, y a otras entidades necesarias para llevar a cabo las finalidades propias del Colegio. Los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad podrán ser ejercitados mediante comunicación por escrito al ICPFA, adjuntando prueba fehaciente de la identidad del titular de los datos, o bien mediante correo electrónico dirigido a [direccion@colfisisio.org](mailto:direccion@colfisisio.org). Aunque nos esforzamos en cumplir con la normativa de protección de datos, le informamos que en caso de que usted entienda que sus derechos se han visto perjudicados, puede ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos del Colegio enviando un correo a [dpd@colfisisio.org](mailto:dpd@colfisisio.org), o puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

## DATOS ACADÉMICOS

( Datos referidos a los estudios finalizados )

Universidad		País	
Escuela Universitaria ó Facultad		Fecha	Especialidad <b>Fisioterapia General</b>
<input type="checkbox"/> Homologado por el Ministerio de Educación y Ciencia con fecha:	<input type="checkbox"/> Reconocido por el Ministerio de Salud y Consumo con fecha:	<input type="checkbox"/> Título Europeo con fecha:	

## DATOS PROFESIONALES

( Obligatorios según Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias )

Nombre del centro de trabajo		Teléfono		
Dirección		Código Postal		
Población		Provincia		
Situación Profesional <b>ACTIVO</b> <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Autónomo <b>NO ACTIVO</b> <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros		Ejercicio Profesional <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado concertado <input type="checkbox"/> Sistema Sanitario Público <input type="checkbox"/> Otras Administraciones Públicas		Jornada laboral <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial

Marque lo que proceda:  Sí  No Deseo incorporarme en la relación de colegiados que practican el ejercicio libre de la profesión

Si usted desea recibir información sobre cursos o eventos que organice el Colegio, sobre productos y/o servicios que terceros presten relacionados con la fisioterapia, marque lo que proceda:

Sí  No Acepto recibir comunicaciones sobre bienes y servicios relacionados con la fisioterapia.

Le informamos que sus datos de carácter personal NO SERÁN COMUNICADOS a terceros para esta finalidad. En todas las comunicaciones que reciba se le dará la posibilidad de darse de baja, o puede hacerlo en cualquier momento enviando un correo a [direccion@colfisisio.org](mailto:direccion@colfisisio.org).

**NOTA:** El colegiado está obligado a comunicar, en la mayor brevedad posible, toda modificación que pudiera producirse en cualquiera de sus datos solicitados en este formulario. Le recordamos que si ya está colegiado en otra Comunidad Autónoma y desea colegiarse en el ICPFA, deberá realizar el procedimiento para el Traslado de Expediente.

## FORMA DE PAGO DE LA INSCRIPCIÓN

- 100% en el momento de la inscripción  
 50% en el momento de la inscripción y el otro 50%, domiciliado a los 6 meses.

### EXPONE:

Que tiene finalizados los estudios de \_\_\_\_\_ y pretende dedicarse a dicha profesión, declarando en este mismo acto que no está inhabilitado/a legalmente para el ejercicio de la profesión, y

### SOLICITA:

De la Junta de Gobierno de este Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía, ateniéndose en lo dispuesto en los artículos 14 y 16 de sus Estatutos vigentes, se digna acceder a la inscripción como colegiado/a de quien suscribe, a cuyo fin adjunto la documentación exigida en los citados Estatutos del Colegio:

- Fotocopia del DNI, NIE o Pasaporte.
- Fotocopia u original de la Certificación Académica acreditativa de la terminación de los estudios, con resguardo del pago de los derechos de expedición del Título.  
NOTA: Si ya ha recibido su Título Oficial no es necesario cumplir este requisito; el Colegio lo verifica accediendo a la Consulta Global de Títulos Universitarios del Ministerio de Educación. Recibo acreditativo de haber satisfecho el pago de la cuota de inscripción más la cuota de colegiación del mes en curso.
- Recibo acreditativo de haber satisfecho el pago de la cuota de inscripción más la cuota de colegiación del mes en curso.
- Una fotografía, tamaño carné.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2.0 \_\_\_\_

Firmado por el/la solicitante