



<b>DATOS PERSONALES</b>		Nº Colegiado:		<b>FOTO</b>
Nombre y Apellidos				
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	

Conforme a lo previsto en la legislación vigente sobre protección de datos, le informamos que los datos facilitados pasarán a formar parte de ficheros de titularidad del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía y cuya finalidad es la gestión del ejercicio de las funciones públicas de ordenación y control de la actividad profesional asignadas legal o estatutariamente por las Administraciones Públicas, así como cualquier otra actividad que organice o en la que colabore el Colegio. Los datos de carácter confidencial tendrán el acceso restringido al personal autorizado del Colegio. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán ejercerse por escrito, con prueba fehaciente de la identidad del petitionerario, en la dirección del Colegio, C/ Bartolomé de Medina nº 1, 41004 de Sevilla.

<b>DATOS ACADÉMICOS</b> ( Datos referidos a los estudios finalizados )	
Universidad	País
Escuela Universitaria ó Facultad	Fecha
<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:	

<b>DATOS PROFESIONALES</b> ( 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: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Otros	Ejercicio Profesional: <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Sistema Sanitario Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otras Administraciones Públicas <input type="checkbox"/> Privado concertado
Jornada laboral: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO      Deseo incorporarme en la relación de colegiados que practican el ejercicio libre de la profesión	

Sus datos podrán ser utilizados para informarle, incluso por medios electrónicos, sobre actos, eventos, jornadas, congresos, seminarios, cursos, publicaciones, servicios y productos que presten empresas y/o entidades colaboradoras y que el colegio entienda puedan ser del interés de los colegiados. En todas las comunicaciones que reciba se le dará la posibilidad de darse de baja, para dejar de recibir la referida información. Nuevamente y de acuerdo con la LOPD, podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito, con prueba fehaciente de la identidad del petitionerario, en la dirección del Colegio, C/ Bartolomé de Medina nº 1, 41004 de Sevilla.

Autorizo su uso       No autorizo su uso

**NOTAS:** 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.

**EXPONE:**

Que por medio del presente escrito, les comunico mi intención de volver a dedicarme a la profesión de fisioterapia, declarando en este mismo acto que no estoy 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, que tenga por presentada esta solicitud y, admitiéndola, le den el curso que proceda y resuelvan la estimación de mi solicitud de reincorporación.

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

Firmado por el/la colegiado/a