



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@colfisio.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 dnd@colfisio.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 Fisioterapia General
<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 <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			

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@colfisio.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.

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