



## SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

### DATOS PERSONALES

APELLIDOS		NOMBRE	
DIRECCIÓN POSTAL (Calle, nº, piso)		LOCALIDAD/ PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	DNI
TELÉFONO	email*:		

\*Es posible solicitar un correo electrónico corporativo con la extensión @cop.es

### CUALIDAD ACADÉMICA

LICENCIATURA/ GRADO	UNIVERSIDAD	FECHA DE TITULACIÓN
MASTER OFICIAL PGS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	UNIVERSIDAD	FECHA DE TITULACIÓN
HABILITACIÓN COMO PGS (DA 7ª apdo. 5 LGSP) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	REGISTRO SANITARIO (si dispone)	CENTRO/ DOMICILIO PROFESIONAL
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE TITULACIÓN	
TESIS DE DOCTORADO	UNIVERSIDAD	FECHA DE OBTENCIÓN

Autorizo al COP de La Rioja, la consulta de mis datos académicos en el Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales del MEC

### DATOS ADMINISTRATIVOS

NÚMERO DE COLEGIADO/A	FECHA DE ALTA
-----------------------	---------------

En cumplimiento de lo establecido en la Normativa de Protección de Datos, le informamos que los datos que se recaben relativos a su persona, serán tratados como Responsable por el COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS DE LA RIOJA domiciliado en Logroño, C/ Ruavieja, nº 67-69, 3º derecha, que tiene como finalidad la gestión y administración de la relación establecida.

Las bases jurídicas para el tratamiento de sus datos son todos los consentimientos otorgados por su parte así como el interés legítimo de la entidad para enviarle información que pudiera resultar de su interés.

Es obligatoria la cumplimentación de este formulario, de tal forma que de no facilitar todos los datos, no podrá establecerse la relación deseada entre las partes.

Le informamos tanto de que no se cederán sus datos a terceros como de que no se realizarán transferencias internacionales de datos, salvo obligación legal, cesión necesaria para la ejecución del contrato o que usted preste el consentimiento expreso.

Puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición, así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos en la dirección arriba indicada.

Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la AEPD como autoridad de control.

Por último, para obtener una información más exhaustiva acerca del tratamiento que el COP LA RIOJA realiza de sus datos personales, puede consultar nuestra política de privacidad a través de la página web [www.copsrioja.org](http://www.copsrioja.org)

Autorizo el Tratamiento de mis datos para la remisión de comunicaciones de acciones desarrolladas de acuerdo con los fines del COP La Rioja

Autorizo la cesión de mi imagen para su publicación en la web corporativa/ revista y redes sociales del COP La Rioja

Autorizo la cesión de mis datos a la aseguradora PSN para la formalización del seguro de accidentes que ofrece gratuito el COP La Rioja a sus colegiados/as.

**SOLICITA:** Que realizados los trámites y abonados los derechos correspondientes, sea inscrito/a en este Colegio Oficial de Psicólogos de La Rioja. Solicitud para la que se espera obtener su aprobación.

Logroño, a ..... de ..... de .....

Firma: