NÚMERO DE COLEGIADO .....
FECHA DE ALTA .....

SOLICITUD DE INGRESO AL COLEGIO

NOMBRE: ……..
APELLIDOS: …….
D. N .I: ……
TELÉFONO FIJO: ……
MÓVIL: ..... E-MAIL: .....

LUGAR DE NACIMIENTO: …….. FECHA DE NACIMIENTO: ……

DIRECCIÓN:.....Nº.....Pta.....C.P……..LOCALIDAD:.....

PROVINCIA: .....

ESCUELA DONDE CURSÓ ESTUDIOS: .....

AÑO FINALIZACIÓN ESTUDIOS: .....

¿A TRAVÉS DE QUÉ MEDIO NOS HAS CONOCIDO?

COMPAÑERO DE TRABAJO INTERNET CURSOS OTROS: …….

SITUACIÓN LABORAL: INTERINO PROPIEDAD PARO POR CUENTA AJENA

LUGAR DE TRABAJO ACTUAL (NOMBRE DE LA CLÍNICA): ……..

Con esta fecha solicita el ingreso en este Colegio Oficial de Higienistas Dentales de la Comunidad Valenciana, como socio de número, obligándome a cumplir las disposiciones legales, y se somete, con renuncia expresa a cualquier otro fuero que pudiera corresponderle, a la Jurisdicción de los Jueces y Tribunales de la ciudad de Valencia, para cualquier cuestión litigiosa dimanante de su condición de colegiado.

Firma

DOMICILIACIÓN BANCARIA PARA PAGO DE CUOTAS

Agradecería se sirvan de la cuenta bancaria con nº de IBAN:

para domiciliar en la misma, los recibos presentados por el Colegio Oficial de Higienistas Dentales de la Comunidad Valenciana, en concepto de cuota colegial.

Firma, nombre, apellidos y DNI del titular de la cuenta:

Me comprometo a cumplir con el contenido de los Estatutos del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de la Comunidad Valenciana, COHDCV, mientras que mantenga mi condición de colegiado.

De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantías de derechos digitales, el COLEGIO OFICIAL HIGIENISTAS DENTALES COMUNIDAD VALENCIANA le informa que sus datos personales pasarán a formar parte de un tratamiento de datos denominado ***"Colegiados"****, con la finalidad de: gestionar su relación con esta Entidad, así como su publicación en la página web del colegio. No se producen cesiones salvo obligación legal. Usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: C/Gorgos, 15 46021 VALENCIA con copia de su DNI.*

*En cuanto a la recepción de comunicaciones comerciales, recabamos su consentimiento para el envío de las mismas Estos datos pasan a formar parte de un tratamiento denominado "****Publicidad"*** *cuya finalidad es gestionar el envío de* ***cursos, ofertas/promociones e información de interés relativa a la profesión****, a través de sms y/o vía mail:*

☐ *Si, acepto recibir comunicaciones a través de las vías indicadas.*
☐ *No acepto recibir ningún tipo de comunicación.*

Usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: C/Gorgos, 15 46021 VALENCIA con copia de su DNI.

Por último, en aras de dar cumplimiento al Reglamento Europeo de Protección de Datos, ***COLEGIO OFICIAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA*** *le informa de que sus datos de carácter personal se encuentran incluidos en la actividad de tratamiento "Clientes" de la que es Responsable* ***COLEGIO OFICIAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA*** *sistemas de mensajería instantánea. Esta finalidad está basada en su consentimiento, expresado con la firma del presente documento. Del mismo modo, se informa de que puede ejercitar sus derechos de acceso, supresión y otros,* ***así*** *como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, realizando una comunicación a la dirección de* ***COLEGIO OFICIAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA*** *con domicilio en* ***C/GORGOS, 15-BAJO, 46021, VALENCIA*** *acompañado de su DNI, o bien a través del correo electrónico:* ***info@colegiohigienistascv.es.*** ***I****gualmente puede dirigirse a nosotros por esa misma vía para acceder a información ampliada sobre su tratamiento de datos personales solicitando una copia.*

Don/Doña .....…….....con DNI ....., autorizo ***COLEGIO OFICIAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA*** *para que utilice mi número de teléfono.....como medio de comunicación entre las partes, a través de sistemas de mensajería instantánea, como por ejemplo WhatsApp. Este consentimiento podrá ser retirado en cualquier momento.*

Nombre, apellidos, DNI y firma del interesado: