

SOLICITUD ALTA COLEGIACIÓN

FECHA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

POBLACIÓN RESIDENCIA: CP:

DATOS DE CONTACTO:

-TLF FIJO

-TLF MOVIL

-CORREO ELECTRÓNICO

COMUNICA:

Que se licenció / graduó en Farmacia en el año _____ por la Universidad de _____

SOLICITA:

Ser inscrito/a como colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Alicante, para ejercer la profesión farmacéutica en la modalidad de: _____ en el municipio de _____

FIRMA:

En virtud del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos personales que nos facilite a través del presente formulario serán tratados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante, calle Jorge Juan 8, 03002 Alicante, con la finalidad de solicitar el alta colegial. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, olvido, limitación, portabilidad y oposición dirigiéndose al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante. Los datos podrán ser tratados para la elaboración de perfiles, tiene derecho a oponerse a la adopción de decisiones individuales automatizadas que produzcan efectos jurídicos sobre usted o le afecten significativamente de modo similar. Puede acceder a la restante información sobre protección de datos solicitándola a través del correo cofalicante@cofalicante.com