

4. DATOS PARA LA RECEPCIÓN DE CORRESPONDENCIA (sólo sí son diferentes de los consignados en el apartado 1).

Domicilio (calle o plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
C. Postal	Localidad	Provincia				

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al COLEGIO PROFESIONAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTILLA Y LEÓN cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi solicitud de inscripción como colegiado en el COLEGIO PROFESIONAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTILLA Y LEÓN por entender que reúno los requisitos necesarios.

Si, doy mi autorización y consiento de forma expresa al Ilustre Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Castilla y León para que traten mis datos con el fin de gestionar, administrar y mejorar los servicios que tienen encomendados a sus colegiados, como son: la cesión a entidades aseguradoras para la suscripción de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional, y el seguro de decesos; así como, para que pueda remitirme las correspondientes felicitaciones navideñas, el envío de correo postal o cualquier otro medio para recordatorio de citas o reuniones periódicas, e información sobre los acuerdos de colaboración firmados por el Colegio, y las diferentes actividades realizadas por el mismo (conferencias, cursos, congresos o convenios que puedan ser de interés).

Si, doy mi consentimiento de forma expresa al Ilustre Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Castilla y León, para que fotografías en las que aparezca con motivo de eventos organizados por el Colegio puedan ser publicadas como instrumento de divulgación en la Gaceta Colegial, Dental Prótesis o trípticos, así como, en la página web del Colegio.

....., a de 2.0
Firma del solicitante,

COLEGIO PROFESIONAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTILLA Y LEÓN.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBE ACOMPAÑAR A LA PRESENTE SOLICITUD

1. Fotocopia del **Documento Nacional de Identidad**.
2. **Fotocopia compulsada** del Título o Certificado acreditativo de Habilitación Profesional.
3. **Certificado de vida laboral** emitido por la Tesorería General de la Seguridad Social.
4. **Tres fotografías** tamaño carné.
5. Copia de haber ingresado la cuota de colegiación en la cuenta bancaria del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Castilla y León (Abanca) – ES22-2080-1002-8730-4004-6756).

Información básica sobre Protección de Datos

Responsable	Ilustre Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Castilla y León
Finalidad	Cumplir con los fines asignados a los Colegios Profesionales
Legitimación	Cumplimiento de obligación legal: Ley 2/1974, de 13 de febrero de Colegios Profesionales
Destinatarios	Se tiene previsto realizar cesiones al Consejo General de Colegios de Protésicos Dentales de España y a la entidad aseguradora para la póliza de Responsabilidad Civil Profesional, y seguro de decesos.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos Personales en nuestra Sede Social.