

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

D./D^a. _____, nacido/a el ____ / ____ / _____, en (población y provincia) _____, con DNI _____, con domicilio a efectos de notificaciones en C/Plaza _____, de (población y provincia) _____, Código Postal _____ teléfonos _____ correo-electrónico _____

EXPONE:

1º.- Que posee el título de Licenciado/a o Grado en Farmacia por la Universidad de _____ de fecha _____

Autorizo al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Granada a que verifique mi título en el Registro Nacional de Títulos Oficiales para la tramitación de mi expediente de colegiación en esa Corporación

2º.- Que asimismo, posee el/los Título/s de (especialista u otra titulación)

3º.- Que pretende ejercer la profesión en la provincia de Granada en la modalidad de Farmacéutico/a:

- Titular/ Cotitular (tachar lo que no corresponda) de Oficina de Farmacia
 Adjunto/Sustituto/Regente (tachar lo que no corresponda) en la Oficina de Farmacia propiedad de _____,
 Al Servicio de la Administraciones Pública, como _____, en _____,
 Análisis Clínicos en Hospital/Clínica privada (tachar lo que no corresponda) _____,
 Farmacia Hospitalaria en Hospital público/privado (tachar lo que no corresponda) _____,
 Otra Especialidad (indicar) _____, en el Hospital público/privado (tachar lo que no corresponda) _____,
 Garante de Establecimientos dispensadores de medicamentos de uso animal, _____.
 Industrial / Distribución en calidad de _____

- Otras
 Óptica, acústica, audiométrica / Dermofarmacia / Ortopedia /
 Alimentación / Investigación y Docencia / Fuerzas Armadas /
 Otras actividades (indicar) _____

- Sin ejercicio
 Parado / Jubilado / Otras causas _____

4º.- Que el domicilio profesional donde pretende ejercer la profesión se encuentra en
C/Plaza _____,
de (población y provincia) _____, Código Postal _____
teléfonos _____

5º- Que realizó las Prácticas Tuteladas en la oficina de Farmacia propiedad de D./Dª.
_____, sita en _____

6º.- Que Sigue / No solicita Alta en el Seguro de Ayuda Colegial por Fallecimiento.

7º.- Que Sigue / No solicita Alta en el Seguro de Responsabilidad Civil suscrito por el Colegio.

8º.- Que para las comunicaciones que realiza el colegio a través del correo colegial bajo el dominio de cofgranada.com, propone el siguiente nombre de cuenta:
_____@cofgranada.com, aceptando la Política de Uso del mismo.

9º.- Que, junto con el presente escrito, aporta la siguiente documentación :

- Fotocopia del DNI
- Fotocopia Título o resguardo de solicitud del título de Licenciado/a o Grado en Farmacia
- Fotografía tamaño carnet
- Justificante de ingreso de la cuota de incorporación
- Autorización Bancaria para el cobro de la cuota mensual
- Documento que acredita la modalidad en la que pretende ejercer
- Solicitud de Adhesión al Seguro de Responsabilidad Civil / Copia del SRC suscrito

10º.- Que al solicitar la incorporación al Colegio Oficial de Farmacéuticos se compromete a cumplir puntual y exactamente con el Código de Deontología de la Profesión, los Estatutos y demás Reglamentos del Colegio, así como con los acuerdos de la Junta de Gobierno y Juntas Generales Ordinarias o Extraordinarias y a comunicar al Colegio cualquier cambio en la modalidad de colegiación o dirección profesional.

Por lo que a V.I.

S O L I C I T A:

Se sirva admitir esta solicitud con los documentos que la acompañan y previos los trámites legales oportunos se acuerde conceder mi incorporación como Colegiado/a de número en el Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Granada.

_____, a _____ de _____ de 20____

Firma _____

EL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE GRANADA es el responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el **Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR)**, por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento: Tramitar su alta, permitir el ejercicio de los derechos y obligaciones previstos en los estatutos, gestión y cobro de cuotas, envío de publicaciones e información, elaboración de estadísticas y prestación de servicios colegiales.

Legitimación del tratamiento: Por interés legítimo del responsable, conforme a la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales y demás legislación complementaria, tratándose los datos en el ámbito de sus actividades legítimas y con las debidas garantías.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: se comunicarán los datos a administraciones y organismos públicos para el cumplimiento de obligaciones directamente exigibles a este Colegio.

Derechos que asisten al Interesado:- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. - Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. - Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE GRANADA. C/ SAN JERÓNIMO, 16 2^a Planta; 18001 GRANADA (GRANADA) y el de reclamación a www.agpd.es. DPO: Plaza del Campillo, 2 2^o D, 18009, Granada (GRANADA)- abogados@riskshield.es

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.

El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre , con NIF

Fecha....., Firma:

Igualmente se solicita su consentimiento para:

Fin del tratamiento: mantener una relación comercial mediante el envío de comunicaciones de nuestros acuerdos y convenios.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: está previsto ceder sus datos a entidades aseguradoras.

Derechos que asisten al Interesado: - Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. - Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. - Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE GRANADA. C/ SAN JERÓNIMO, 16 2^a Planta; 18001 GRANADA (GRANADA) y el de reclamación a www.agpd.es. DPO: Plaza del Campillo, 2 2^o D, 18009, Granada (GRANADA)- abogados@riskshield.es

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.

El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

Nombre , con NIF

Fecha....., Firma:

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE GRANADA