

## SOLICITUD DE COLEGIACIÓN PROVISIONAL POR TRES MESES

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_,  
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 \_\_\_\_\_

2º.- Que pretende ejercer la profesión en la provincia de Granada durante un **período no superior a tres meses** en la modalidad de Farmacéutico/a:

- Adjunto/Sustituto/Regente (tachar lo que no corresponda) en la Oficina de Farmacia propiedad de \_\_\_\_\_,
- Otra Actividades (indicar) \_\_\_\_\_

3º.- Que el domicilio profesional donde pretende ejercer la profesión se encuentra en C/Plaza \_\_\_\_\_, de (población y provincia) \_\_\_\_\_, Código Postal \_\_\_\_\_, teléfonos \_\_\_\_\_

4º.- Que realizó las Prácticas Tuteladas en la oficina de Farmacia propiedad de D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, sita en \_\_\_\_\_

5º.- Que  Solicita /  No solicita su Alta en el Seguro de Responsabilidad Civil suscrito por el Colegio.

6º.- Que aporta la siguiente documentación que no consta en ese Colegio Oficial.

- Fotocopia del DNI
- Fotocopia Título o resguardo de solicitud del título de Licenciado/a o Grado en Farmacia
  - Documento que acredita la modalidad en la que pretende ejercer
- Solicitud de Adhesión al Seguro de Responsabilidad Civil /  Copia del SRC suscrito
- Justificante de ingreso por cuota SRC (si se solicita la adhesión al SRC colegial)

7º.- Que al solicitar la incorporación provisional conoce que como dispone el artículo 5.2 de los Estatutos la misma se concede "*por un período que no excederá de tres meses, con objeto de desempeñar un trabajo eventual que no supere dicha duración. Excepcionalmente, dicho período de colegiación provisional podrá prorrogarse por una sola vez*"

8º.- Que 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 concede mi incorporación como Colegiado/a Provisional 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 derechos ejercer sus derechos:**

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