

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 _____ y el título de Doctor o Máster en Farmacia por la Universidad de _____ de fecha _____

Autorizo al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Granada a que verifique mis títulos 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 (se deberán adjuntar copia de los mismos) de Especialista:

Análisis Clínicos
Bioquímica Clínica
Farmacia Hospitalaria:
Microbiología y Parasitología
Inmunología
Farmacia Industrial y Galénica
Radiofarmacia

Otras Titulaciones:

Ortoprótisis
Audioprótisis
Diplomado/Grado Óptica
Diplomado/Grado Nutrición y Dietética
Máster en _____
Doctor en _____

3º.- Que pretende **la incorporación para ejercer la profesión en la provincia de Granada** en la modalidad de Farmacéutico/a (indicando nombre del centro)

Oficina de Farmacia: Titular/ Cotitular

Adjunto en _____,

Sustituto en _____,

Regente en _____,

Farmacéutico de Administraciones Públicas

Fuerzas Armadas en _____

Atención Primaria en _____

Otros en _____,

Salud Pública en _____
Laboratorio Clínico
Análisis Clínicos en _____,
Bioquímica Clínica en _____
Microbiología y Parasitología en _____
Inmunología en _____
Farmacia Hospitalaria
Jefe de Servicio en _____,
Otros _____ en _____
Radiofarmacia en _____
Óptica Oftálmica en _____
Acústica Audiométrica en _____
Ortopedia en _____
Entidades comerciales detallistas de medicamentos veterinarios y/o agrupaciones ganaderas en _____
Alimentación/Nutrición y dietética en _____
Industria:
Dirección Técnica en _____
Otra _____, en _____,
Distribución Farmacéutica:
Dirección Técnica Farmacéutica en _____.
Otros _____ en _____
Docencia e Investigación en _____
Técnico de la Organización Farmacéutica Colegial
Otros _____
Sin ejercicio
 Parado / Jubilado /

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

5º.- Que Solicita / No solicita Alta en el Seguro de Ayuda Colegial por Fallecimiento.
(obligatorio para ejercer como titular de OF)

6º.- Que Solicita / No solicita Alta en el Seguro de Responsabilidad Civil suscrito por el Colegio.

7º.- Que para las comunicaciones que realiza el colegio a través del correo colegial propone el siguiente nombre de cuenta: _____@cofgranada.com, aceptando la Política de Uso del mismo.

8.- Que autoriza el cobro de las cuotas colegiales y de la cuota de incorporación en el número de cuenta (en caso de no haberla abonado en otro COF o en éste anteriormente)

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

- Fotocopia del DNI
- Fotocopia Título o Certificación supletoria donde consta el Número de Registro Nacional de Titulados Universitarios firmada por el Rector (RD 1002/2010, de 5 de agosto)
- Copia de otros títulos _____
- Fotografía tamaño carnet
- Justificante de ingreso de la cuota de incorporación o de pago en otro COF _____
- Documento que acredita la modalidad de ejercicio profesional
- 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) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 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; 18001 GRANADA (GRANADA) y el de reclamación a www.agpd.es. DPO: San Antón 71, 3º B, 18005, Granada. - alvaro@arranzpimentel.com

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito
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; 18001 GRANADA (GRANADA) y el de reclamación a www.agpd.es. DPO: San Antón 71, 3º B, 18005, Granada. - alvaro@arranzpimentel.com

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

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