

## SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

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 \_\_\_\_\_

- 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  Solicita /  No solicita Alta en el Seguro de Ayuda Colegial por Fallecimiento.

7º.- Que  Solicita /  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
- Ficha de Alta en el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
- Autorización Bancaria para el cobro de la cuota mensual
- Documento que acredita la modalidad en la que pretende ejercer
- Solicitud de Adhesión a Portalfarma (opcional)
- 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 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:

**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 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