

IMPRESO DE HABILITACIÓN

D./D^a _____, colegiada
nº _____, con domicilio en _____, C/
_____, nº _____, y teléfono

Ilmo. Sr.:

Por la presente, pongo en conocimiento de este Colegio Oficial, que a partir del día _____ y hasta el día _____, ejerceré la profesión en el Centro _____ de la provincia de _____.

En caso de ejercerla en otra provincia, o bien, la finalización del actual contrato, me comprometo a comunicarlo oportunamente.

En _____ a _____ de _____ de 20__.

INFORMACIÓN RELATIVA A PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 13 del Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD), le informamos de que los datos que nos facilite mediante el presente formulario van a ser incorporados a un fichero responsabilidad de COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA, y tratados con base en el consentimiento del interesado, con la finalidad de gestionar la habilitación de sus colegiados para el ejercicio de la profesión en otra provincia. Sus datos serán comunicados al Colegio Oficial del ámbito donde vaya a ejercer la profesión el colegiado solicitante, y podrán ser accesibles al Consejo General de Enfermería y al Consejo Andaluz de Enfermería. Los datos recabados en el presente formulario serán conservados durante el tiempo previsto legalmente. En todo caso podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición, portabilidad y oposición a decisiones automatizadas, mediante el envío de un correo electrónico a coleg14@consejogeneralenfermeria.org, o mediante correo postal a C/ Velázquez Bosco nº 3, 14003, Córdoba. En caso de que entienda que sus derechos no han sido atendidos por COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CÓRDOBA de forma adecuada, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.