

IMPRESO DE HABILITACIÓN

D./D^a _____, colegiado/a
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 BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba.

Finalidad: Gestionar la habilitación de sus colegiados para el ejercicio de la profesión en otra provincia.

Destinatarios: Sus datos serán comunicados al Colegio Oficial del ámbito donde vaya a ejercer la profesión el colegiado solicitante.

Derechos: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación o supresión, limitación del tratamiento, o a oponerse al mismo, mediante petición dirigida a dpo@colegioenfermeriacordoba.com. Para más información sobre sus derechos puede consultar nuestra POLÍTICA DE PRIVACIDAD (www.colegioenfermeriacordoba.com)