

Dña. _____, con
D.N.I. nº _____ y domicilio en _____.

DECLARO: Que he cursado los estudios de GRADO EN ENFERMERIA, en la Facultad de _____.

He abonado los derechos para la expedición del Título Sustitutorio, donde aparece el Número de Registro Nacional de Títulos, pero se me ha informado que el mismo tardaran en expedirlo.

Me comprometo a aportarlo en el plazo de un mes. Caso de no haberlo recibido en ese plazo lo comunicare por escrito, al encontrarme pendiente de mi colegiación en este Colegio.

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 los cobros de las cuotas de colegiación y similares. Sus datos serán comunicados a la entidad bancaria, 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 necesario para prestar el servicio colegial. 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 dpo@colegioenfermeriacordoba.com, 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.

Córdoba, _____ de _____ de 2.0__