



SOLICITUD DE TRASLADO

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Número de Colegiada/o en Córdoba:

Domicilio:

Población:

Provincia:

Teléfono:

email:

Solicito el traslado de expediente al Colegio de Enfermería de:

Fijando mi domicilio en:

Población:

Provincia:

Encontrándome al corriente de pago de las cuotas colegiales, siendo el último mes abonado el de

AVISO DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos facilitados en el presente formulario serán parte de un fichero responsabilidad de Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba, con base en el consentimiento del interesado. Dichos datos serán cedidos al Colegio Oficial de Enfermería al que se solicite el traslado, y podrán ser accesibles al Consejo Andaluz de Enfermería, Consejo General de Enfermería y a prestadores de servicios tecnológicos vinculados a Colegio Oficial de Enfermería de Córdoba, con los que está establecido el pertinente contrato de tratamiento de datos. Serán conservados durante el tiempo legalmente previsto. En todo caso podrá ejercer sus derechos en materia de protección de datos en el correo electrónico dpd@coecordoba.es, o mediante correo postal en C/ Emilia Pardo Bazán nº7, 14005, Córdoba.

Firma por la/el solicitante