

FECHA	Nº COLEG.	¿ES SU PRIMERA COLEGIACIÓN EN ESTE COLEGIO?		¿CAMBIA DE DOMICILIO PROFESIONAL DENTRO DEL COOCYL? (BAJA EFECTIVA EN EL ANTERIOR)	
/ /		SI	NO	SI	NO
NOMBRE		APELLIDOS			
E-MAIL		FECHA NACIMIENTO			
DIRECC. PARTICULAR					
POBLACIÓN			PROVINCIA	C. P.	
DNI / PASAPORTE			TELÉFONO MÓVIL		
TÍTULO ACADÉMICO			TELÉFONO PARTICULAR		
TRABAJADOR POR: <input type="checkbox"/> CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> CUENTA AJENA <input type="checkbox"/> TIPO JORNADA (Completa, Media Jornada,..)					
Nº AUTORIZACIÓN FUNCIONAMIENTO SANIDAD		NOMBRE COMERCIAL ESTABLECIMIENTO			
PROPIEDAD DEL ESTABLECIMIENTO					
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO					C. P.
POBLACIÓN			PROVINCIA		
CARGO	Director Técnico/ Titular (D.T)		SUSTITUTO D. T.	ÓPTICO-OPTOMETRISTA	
Correo electrónico			TELÉFONO ESTABLEC.		
ÓPTICA EN C.C.	<input type="checkbox"/>	SECCIÓN FARMACIA	<input type="checkbox"/>	ÓPTICA	<input type="checkbox"/>
		GABINETE	<input type="checkbox"/>	CONSULTA OFTALMOL.	<input type="checkbox"/>
		HOSPITAL-CLÍNICA	<input type="checkbox"/>	TALLER MONTAJE	<input type="checkbox"/>
		DOCENCIA	<input type="checkbox"/>		
Domicilio a efectos de comunicaciones y notificaciones (convocatorias de Asambleas, circulares informativas, cursos, congresos, correo postal...). Las comunicaciones se harán principalmente por e-mail.		PARTICULAR <input type="checkbox"/>		Otro: (Indicar dirección completa)	
		PROFESIONAL <input type="checkbox"/>			

DECLARO la veracidad y autenticidad de los datos y documentación aportada, y me **COMPROMETO** a comunicar los cambios que puedan afectar a mi situación colegial. Le informamos que es competente para resolver la presente solicitud, la Comisión Permanente del Colegio en virtud de delegación de su Junta de Gobierno. La resolución quedará en suspenso si la documentación aportada presenta deficiencias o no estuviera completa, en cuyo caso se concederá un plazo de quince días hábiles para su subsanación, advirtiéndose que si no se hiciera se le tendrá por desistido de su solicitud. La resolución será notificada al interesado. Si en el plazo de dos meses a contar desde la solicitud no se hubiera notificado ninguna resolución, su petición de colegiación deberá entenderse estimada.

En el caso de traslado de expediente entre colegios nos deberá aportar inexcusablemente certificado de no estar incurso en causas de incapacidad, y estar al corriente en las obligaciones con el Colegio de procedencia.

Colegio Profesional de Ópticos Optometristas de Castilla y León 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) y la Ley Orgánica 3/2018, LOPDGD, por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fines del tratamiento: El tratamiento de los datos tendrá las siguientes finalidades:

La gestión de la relación con los colegiados, así como la prestación de diversos servicios a los mismos en atención a lo establecido en las normas estatutarias del Colegio.

Envío de boletines e información a los colegiados sobre cursos, información de su interés, convenios, eventos organizados por el colegio, ofertas.

Base legal del tratamiento: Por interés legítimo del responsable: gestionar su condición de colegiado. Por consentimiento del interesado: el envío de comunicaciones de información.

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: Los datos se comunicarán al Consejo General de Colegios de Ópticos y Optometristas, a la entidad aseguradora y correduría de seguros con quien se haya suscrito el seguro de responsabilidad civil los datos a terceros, así como a las Administraciones Públicas que sean competentes en el cumplimiento de las obligaciones legales del Colegio.

Se comunicarán los datos de los Colegiados que lo soliciten a los Juzgados, Tribunales y Administraciones Públicas a fin de ser designados como peritos.

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 (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

Colegio Profesional de Ópticos Optometristas de Castilla y León, Plaza de la Universidad, 7 Entrepl. E, 47003 Valladolid.

Email: coocyl@coocyl.es

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito

Autorizo los siguientes tratamientos:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El envío de boletines informativos con ofertas, convenios, eventos, descuentos, cursos e información que le pueden ser de interés a los colegiados.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorizo la comunicación de mis datos a Juzgados y Tribunales, así como a Administraciones Públicas para ser incluido en el listado de peritos.

El **Interesado** consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos.

Le informamos que el Real Decreto 60/2010, de 16 de diciembre, que crea el Sistema de Información de los Profesionales Sanitarios de Castilla y León, nos obliga a comunicar sus datos a la Consejería de Sanidad, con la finalidad de configurar un elemento de ordenación de los profesionales sanitarios existentes en nuestra Comunidad Autónoma y su coordinación con el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias).

Asimismo, le informamos que sus datos podrán ser cedidos a una base de datos de acceso permitido al resto de Colegios de Ópticos-Optometristas, incluido el Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas, para una correcta gestión de la corporación profesional, y a la entidad bancaria con la que se gestione la emisión de recibos de cuotas colegiales.

Por lo expuesto, SOLICITO mi alta como colegiado/a EJERCIENTE en este Colegio Profesional o en su caso cambio de domicilio dentro de este Colegio.

<input type="checkbox"/> SOLICITO CERTIFICADO DE COLEGIACIÓN PARA ENTREGAR A SANIDAD En _____, el ____ de _____ de 20 ____	
Nombre y firma _____	Sello del COOCYL.

INFORME DELEGADO PROVINCIAL _____

____ de _____ de _____
Firma

INFORME COMISIÓN PERMANENTE _____

____ de _____ de _____
Firma
Decano-Presidente