

Solicitud de BAJA DEFINITIVA COMO EJERCIENTE

Don/doña _____, con DNI.: _____ y Coleg.Nº.: _____,

por la presente comunico que el día ____ de _____ del año actual,

he cesado

cesaré

de actuar profesionalmente en el establecimiento de Óptica denomina-
do _____

de c/ _____, de _____ (_____).

Aprovecho la ocasión para participar que: (márquese lo que proceda.)

es mi deseo causar **BAJA DEFINITIVA** con fecha __/__/____ en el **Colegio de Ópticos-Optometristas de Castilla y León**, con cuya decisión me consta que pierdo todos mis derechos como colegiado y que si vuelvo a solicitar mi colegiación tendré que abonar nuevamente la cuota de entrada.

En próximos días tramitaré una nueva colegiación en el Colegio de _____.

NO voy a tramitar colegiación en otro Colegio.

Conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos de que **COOCYL** es el responsable del tratamiento de sus datos de carácter personal y que, los mismos, serán tratados para la correcta gestión de su baja definitiva en el colegio.

La legitimación para el tratamiento de sus datos reside en el consentimiento que, cómo interesado, nos otorga al presentar la documentación necesaria para la correcta tramitación de su baja en el establecimiento en concreto.

Los destinatarios de sus datos serán las distintas áreas de nuestro colegio encargadas de la gestión interna del colegio así cómo los terceros a los que cedamos sus datos, cuando sea lícito conforme a lo dispuesto en la normativa vigente en materia de protección de datos. No se encuentran previstas las transferencias internacionales de datos.

Sus datos serán conservados mientras dure la tramitación de su baja definitiva en el colegio. Gestionada la misma, los datos serán conservados, debidamente bloqueados, hasta la extinción de las responsabilidades que nos sean aplicables cómo responsables del tratamiento.

Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, así como otros derechos desarrollados en el Reglamento General de Protección de Datos al responsable a través de la dirección postal Plaza Universidad, 7. Entrepantalla E. – 47003, Valladolid, o vía email protecciondatos@cgcoo.es, adjuntando copia del DNI. Tendrá derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento para cualquiera de los tratamientos para los que lo ha otorgado. Tendrá derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos en el supuesto de que considere que no se ha atendido convenientemente el ejercicio de sus derechos. El plazo máximo para resolver será el de un mes a contar desde la recepción de su solicitud.

En _____, el ____ de _____ de 20 ____	Sello del COOCYL.
Nombre y firma _____	