

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			
EMPLEADOR o EMPRESA PROPIETARIA					
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.	SECCIÓN FARMACIA	ÓPTICA	GABINETE	CONSULTA OFTALMOL.	HOSPITAL -CLÍNICA
				TALLER MONTAJE	DOCENCIA
Domicilio a efectos de comunicaciones y notificaciones (convocatorias de Asambleas, circulares informativas, cursos, congresos, correo postal...): <b>Las comunicaciones se harán principalmente por e-mail.</b>		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.

Conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos de que el **COLEGIO PROFESIONAL DE ÓPTICOS OPTOMETRISTAS DE CASTILLA Y LEÓN** es el responsable del tratamiento de los datos facilitados a través de su solicitud de colegiación y que los mismos serán tratados conforme a las siguientes finalidades:

- Gestionar su solicitud de colegiación y proceder a tramitar la misma para darle de alta cómo colegiado.
- Una vez tramitada la solicitud, y habiendo adquirido la condición de colegiado, sus datos se tratarán para la correcta gestión de su relación con el Colegio lo que implicará la ejecución de todos aquellos servicios y trámites que se deriven de dicha relación y se detecten necesarios.

Para las siguientes comunicaciones de datos, solicitamos **su consentimiento**, pudiendo también marcar esta casilla para aceptar la comunicación de sus datos en todos los casos que se contemplan a continuación:

		<b>Sí a todo.</b>
<b>Sí</b>	<b>No</b>	
		-El envío por cualquier medio, incluido los electrónicos, de ofertas, convenios, eventos, descuentos, cursos, propios del Colegio o relacionada con otras empresas con las que el colegio tenga algún tipo de vinculación, así como otra información que, estando relacionada con nuestra actividad, consideramos pueda resultar de su interés.
		-Incorporar su número de teléfono, a un grupo de un sistema de mensajería instantánea (WhatsApp, Telegram, Signal, etc.), junto con otros miembros del Colegio, que permita el envío de mensajes instantáneos con el fin de agilizar las comunicaciones en las distintas Delegaciones.
		- Poder ceder sus datos a Juzgados, Tribunales y Administraciones Públicas, en aras de poder ser designados como peritos.

La legitimación para el tratamiento de sus datos reside en el consentimiento que, cómo interesado, nos otorga, en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento así como en el cumplimiento de determinadas obligaciones legales que nos son de aplicación: Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio y Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las administraciones públicas, Ley 44/2003 de ordenación de profesiones sanitarias y el Decreto 60/2010, de 16 de diciembre, por el que se crea y regula el Sistema de Información de los Profesionales Sanitarios de Castilla y León.

.../...Firmar por detrás.

Los **destinatarios** de sus datos serán:

- Las distintas áreas de nuestro colegio encargadas de la gestión.
- Entidades aseguradoras para la tramitación del correspondiente seguro de responsabilidad profesional.
- En caso de ser beneficiario de la contratación del seguro de vida, COOCYL procederá a la comunicación de los datos de identificación y contacto del colegiado a la empresa aseguradora para que puedan gestionar su inclusión como beneficiarios en dichos seguros.
- A entidades bancarias para la emisión de recibos de cuotas colegiales.
- Consejería de Sanidad, con la finalidad de configurar un elemento de ordenación de los profesionales sanitarios existentes en la comunidad de Cyl.
- El registro Estatal de Profesionales Sanitarios.
- El Registro Nacional de Titulados Universitarios, los Registros de las distintas Universidades u otros registros oficiales, para poder cotejar la documentación aportada por el solicitante y garantizar su profesionalidad.
- Para una correcta gestión de la corporación profesional sus datos puedan ser cedidos a una base de datos de acceso permitido al resto de Colegios nacionales de Ópticos-Optometristas, incluido el Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas.

**Con la firma de este documento, consiente expresamente que comuniquemos sus datos de carácter personal a los registros oficiales de las administraciones públicas competentes, al resto de Colegios de Ópticos – Optometristas y al Consejo General de Colegios de Ópticos- Optometrista.**

El **COOCYL** no tiene previsto realizar transferencias internacionales de datos, es caso de ser necesarias, sólo se realizarán a entidades que hayan demostrado que cumplen con el nivel de protección y garantías de acuerdo con los parámetros y exigencias previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos, como el Reglamento Europeo, o cuando exista una habilitación legal para realizar la transferencia internacional.

Sin embargo, es probable que el uso de los principales sistemas de mensajería instantánea pertenezca a empresas con sede principal en Estados Unidos, por lo que su uso puede implicar una transferencia de su número de teléfono a ese país, siendo recomendable, en cualquier caso, la revisión de la política de privacidad de estas aplicaciones. Así, **igualmente consiente de manera expresa la realización de dicha transferencia internacional.**

Sus datos serán conservados mientras dure su vinculación con este colegio profesional y, finalizada la misma, durante el tiempo que resulte necesario para el cumplimiento de obligaciones legales aplicables al Colegio. En este caso, los datos se conservarán debidamente bloqueados.

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. Entreplanta E. – 47003, Valladolid, o vía email [protecciondatos@cgcoo.es](mailto: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.

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

INFORME DELEGADO PROVINCIAL

---

---

---

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma Deleg. Provincial

INFORME COMISIÓN PERMANENTE

---

---

---

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma Decano