



Rellenar todos los datos en **MAYÚSCULAS**

DATOS PERSONALES

Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____

Nombre _____

Hijo de _____ y de _____ Nació en _____

Provincia de _____ el día _____ de _____ de 1.9 _____

Nacionalidad _____ SEXO _____

Con domicilio en la Calle _____ Nº _____ Piso _____ Mano _____

Código postal _____ población _____ Teléfono fijo _____

Teléfono móvil _____ posesión del D.N.I./NIE núm.: _____ letra: _____

E-mail _____ @ _____ . _____

TITULACIÓN

Estudió en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de _____

cuyo (Resguardo o Título) es de fecha _____

Posee la Especialidad de _____

Otros Títulos _____

Declaro bajo juramento que **no estoy en situación de inhabilitación** para el ejercicio de la profesión de Enfermería ni de sus Especialidades.

DATOS PROFESIONALES

Centro donde trabaja actualmente _____

En el Servicio: _____

IDIOMAS

1 _____ Nivel <input type="text"/>	4 _____ Nivel <input type="text"/>
2 _____ Nivel <input type="text"/>	5 _____ Nivel <input type="text"/>
3 _____ Nivel <input type="text"/>	6 _____ Nivel <input type="text"/>

COMUNICACIONES COLEGIALES

Todas las comunicaciones se envían por correo electrónico. La revista OIÑARRI y la HOJA INFORMATIVA se envían también en papel.

Desea recibir esta información en papel?

Marcar con una X lo que desee: SÍ NO

Marcar con una X en qué idioma se quiere recibir la Hoja Informativa (en papel):

Hojas Informativas castellano euskera

Sigue reverso

PROTECCIÓN DE DATOS

En virtud de la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal, por la presente autoriza a que los datos personales facilitados sean incorporados en un fichero denominado Colegiados responsabilidad del COLEGIO DE ENFERMERÍA DE BIZKAIA con domicilio en Rodríguez Arias, 6-1º - 48008 Bilbao (Bizkaia).

La finalidad de este tratamiento es la de gestionar su petición y gestión y control de los colegiados. Estos datos no serán transmitidos a terceras personas y serán conservados siempre que sea imprescindible o legítimo para la finalidad que se captaron.

En cualquier caso podrá indicar la revocación del consentimiento dado, así como ejercitar los derechos de acceso, rectificación supresión, la limitación del tratamiento u oponerse, así como el derecho a la portabilidad de los datos. Estas peticiones deberán realizarse en Rodríguez Arias, 6-1º - 48008 Bilbao (Bizkaia).

Asimismo también podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

SOLICITA

Su alta como colegiado/a en el Colegio de Enfermería de Bizkaia.

Bilbao, _____ de _____ de _____

Firma del solicitante

RESOLUCIÓN

En virtud de lo dispuesto en el Art. 15 de los Estatutos, se acuerda su **COLEGIACIÓN DEFINITIVA** con efectos de la fecha.

LA JUNTA DE GOBIERNO