DATA INGRÉS COL·LEGI_____

NÚM. COL·LEGIAT/DA_____

COGNOMS_____

NOM_____

ADREÇA_____

POBLACIÓ_____C.P._____

TELÈFONS_____

DNI/NIF_____D.NAIXEMENT_____

DOMIC.BANCÀRIA_____

LLOC DE TREBALL_____

ESPECIALITATS_____

PROCEDÈNCIA_____

E-MAIL_____

Signatura:

Conforme al RGPD (UE) 2016/679 de protecció de dades de caràcter personal, l'informem que les seves dades personals passaran a formar part d'un fitxer titularitat del COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA i seran tractades amb la finalitat de mantenir un control de l'exercici infermer amb la titulació adequada, així com gestionar correctament la relació col·legial. De la mateixa manera, l'informem que les seves dades únicament podran ser cedides als òrgans i entitats necessaris per al desenvolupament i compliment de la relació col·legial, d'acord amb l'esmentat reglament . Per altra banda, comunicar-li que podrà exercir, en qualsevol moment, els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, mitjançant escrit dirigit al COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE LLEIDA, Responsable del Fitxer, a l'adreça Carrer Paer Casanovas, 37, 25008 Lleida o al correu electrònic coill@coill.org