

FORMULARIO DE REGISTRO DE COLEGIADOS

DATOS PERSONALES

Nº de Colegiado:

Nombre:

Apellidos:

Fecha de Nacimiento: D.N.I / T.R:

Domicilio:

Teléfono de Contacto: e-mail:

INFORMACIÓN LABORAL

Ejerciente No ejerciente De honor

Dirección Centro de Trabajo:

Dispositivo / Unidad de trabajo:

Teléfono de Contacto: e-mail:

DOCUMENTACIÓN APORTADA

Fotografías. (2) Resguardo Titulación
 Fotocopia Documento de Identidad. Fotocopia Titulación/Homologación

Es mi deseo pertenecer y apoyar en la gestión al Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de las Islas Baleares, en busca de la mejora de la calidad de la salud en nuestra comunidad, así como la promoción y defensa del ejercicio profesional y los fines colegiales en ámbitos sociales y científicos.

En conformidad firmo:

D.N.I: Fecha:

Le informamos que los datos personales obtenidos mediante este formulario, así como su dirección de correo electrónico, serán incorporados en un fichero del cual es responsable el COL·LEGI OFICIAL DE TERAPEUTES OCUPACIONALS DE LES ILLES BALEARS, con la finalidad de atender sus consultas y enviarle información relacionada con la entidad que pudiera ser de su interés. El COTOIB se compromete a usar los datos recogidos mediante este formulario, únicamente para la finalidad anteriormente mencionada.

El interesado declara tener conocimiento del destino y uso de los datos personales recogidos mediante la lectura de la presente cláusula.

El envío de este e-mail implica la aceptación de las cláusulas expuestas.

Si desea ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, puede hacerlo a la siguiente dirección: C /REVENDO FRANCISCO SITJAR, 1. ESPACIO EMPRESARIAL 1/37, 07010 PALMA DE MALLORCA.