

**INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS Y
CONSENTIMIENTO PARA REMISIÓN DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICA**

En cumplimiento del deber de información establecido en el artículo 13 del Reglamento General de Protección de Datos 2016/679, te comunicamos que COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE, con CIF Q0366003B, y domicilio en Calle Capitán Demá, 16, Bajo, 03007, Alicante, tratará la información personal que nos facilite con el único fin de prestarte los servicios derivados de su adhesión a la entidad colegial y que redundan en beneficio de su actividad profesional, así como proceder al cobro de la respectiva cuota periódica por su pertenencia como miembro colegiado. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación colegial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales exigidas por normativa tributaria, mercantil o para atender o emprender reclamaciones y/o acciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal o medie consentimiento por su titular. Asimismo, tiene derecho a obtener confirmación sobre si en el COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE estamos tratando sus datos personales y para qué fines, pudiendo por tanto ejercer su legítimo derecho de acceso a sus datos personales, rectificar los datos inexactos, solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios o instar la limitación o portabilidad de los mismos, dirigiéndose por escrito a COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE, Calle Capitán Demá, 16, Bajo, 03007, ALICANTE o a través del e-mail cealicante@cecova.org

• Asimismo solicito su autorización expresa para informarle puntualmente sobre cuestiones relacionadas con la entidad colegial y la rama profesional de Enfermería, por lo que manifiesta que:

CONSIENTO que mis datos personales sean objeto de tratamiento por COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE a los efectos de informarme por correo postal, teléfono, e-mail o servicios de mensajería instantánea sobre noticias y novedades legislativas relacionadas con la actividad colegial y profesional de Enfermería y que puedan resultar de mi interés.

• En relación a la convocatoria de eventos, cursos o jornadas de formación:

CONSIENTO que mis datos personales sean objeto de tratamiento por COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE a los efectos de informarme por correo postal, teléfono, e-mail o servicios de mensajería instantánea sobre la convocatoria de eventos, cursos o jornadas de formación relacionadas con el sector profesional de Enfermería y que puedan resultar de mi interés, en cuyo caso mis datos personales podrán ser objeto de cesión a AULA SALUD FORMACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN S.L., cuando se organicen ponencias o cursos de formación gestionados por esta empresa, con sede en Alicante, Calle José de Cabo Palomares, 37, bajo, y que serán debidamente informados previamente por este Colegio Profesional.

En el supuesto que COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE destine los datos a otra finalidad, los comunique o los utilice incumpliendo las estipulaciones establecidas en esta cláusulas, será considerado responsable del tratamiento, respondiendo a las infracciones previstas en el Reglamento 2016/679 y en la normativa nacional que pueda desarrollar el texto legal de ámbito comunitario.

Asimismo, por medio de la presente informamos que la información personal suministrada podrá ser objeto de transmisión a los distintos órganos administrativos estatales, autonómicos y locales, así como Notarios, entidades financieras y aseguradoras y cualquier otra entidad pública o privada que sea necesaria para, exclusivamente, el cumplimiento de los fines inherentes del Colegio que le vengán dados por imperativo legal o por su normativa de régimen interno.

Enterado y conforme con lo expuesto en los apartados anteriores, consiento expresamente y autorizo a COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE, para que trate mis datos personales que voluntariamente facilito, según las finalidades expuestas en este escrito.

Esta autorización tiene validez hasta su revocación por parte del titular de los datos

En ALICANTE, a ____ de _____ de _____

Aceptación:

Firmado: _____