Nombre y Apellidos:_____
Dirección:_____
Cp: _____ Población:_____
Telefono: _____
e-mail: _____

Alicante , _____

Con número de colegiado _____ y D.N.I. número _____, y encontrándome al corriente en el pago de las cuotas colegiales hasta la fecha, SOLICITO:

Tenga a bien trasladar mi expediente colegial al Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de _____causando baja en el Colegio de Enfermería de Alicante a partir de la fecha.

Solicito que al recibo de la presente, se sirva dar cuenta a la Junta de Gobierno de ese Colegio.

FIRMA,

PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE.-
CAPITAN DEMA, 16
03007 ALICANTE

Los datos recogidos se emplearán para la tramitación de la baja como colegiado solicitada voluntariamente por Vd., figurando como responsable del tratamiento COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE. Los datos personales se conservarán durante la vigencia de la relación colegial, si bien el responsable del tratamiento se reserva el derecho a custodiarlos durante los plazos legales de prescripción, así como los exigidos para la atención o interposición de acciones legales. La base jurídica del tratamiento tiene su origen en el consentimiento y en la relación contractual suscrita entre COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE y Vd. No se efectuará cesión de datos alguna salvo aquellas que vengan impuestas por una obligación legal. Vd. tiene derecho a ejercitar sus legítimos derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación o portabilidad, así como a interponer reclamación ante la autoridad de control. Puede ampliar información sobre nuestra política de privacidad en http:/www.enferalicante.org