D \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de

edad, Licenciado en Farmacia D.N.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y domicilio en la localidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, calle o plaza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

y teléfono núm \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ante V.I. expone:

Que desea causar alta como COLEGIADO SIN EJERCICIO con doble

colegiación en ese Centro de su digna presidencia, por lo que solicito a V.I.

Que previos los trámites precisos, sea dado/a de Alta como colegiado/a

A tal efecto acompaña la siguiente documentación:

Titulo de licenciado/a en farmacia o justificación del mismo Copia del D.N.I.

Ficha profesional para el Colegio

Fotografías tipo carnet Domiciliación bancaría

Abona la cantidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ euros

Certificado del Colegio de Origen acreditativa del ejercicio profesional que en el realiza, así como de estar al corriente de pago de las cuotas colegiales.

Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los datos contenidos en la presente ficha se incorporarán a un fichero automatizado creado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cuenca a los fines propios del mismo, establecidos en la legislación vigente y en nuestros Estatutos.

Los datos se encuentran sometidos a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, comunicándolo a la dirección de este Colegio.

Los datos de nombre, apellidos y dirección, y pertenencia al grupo podrán ser cedidos a terceras personas con objeto de facilitar información a los colegiados, en caso de no autorizarse esta cesión deberá notificarlo a este Colegio en el plazo de DIEZ DIAS.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

**SRA. PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE**

**LA PROVINCIA DE CUENCA**