

## AL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA

El/la abajo firmante, identificado/a con los datos que a continuación se relacionan, solicita la tramitación de su alta como colegiado/a:

### DATOS PERSONALES:

Apellidos: _____		Nombre: _____	
<input type="checkbox"/> NIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte	_____
Dirección: _____		Municipio: _____	C.P.: _____
Provincia: _____			
Teléfono fijo: _____		Teléfono móvil: _____	
Correo electrónico: _____			
Fecha de nacimiento: _____		Municipio y provincia de nacimiento: _____	
Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>	

### DATOS ACADÉMICOS:

LICENCIATURA/GRADO EN FARMACIA:	
Certificado Universidad <input type="checkbox"/>	Título Oficial <input type="checkbox"/> Fecha expedición _____
Universidad : _____	
Títulos EXTRANJEROS:	
País de obtención: _____ Fecha homologación/reconocimiento en España: _____	
DOCTORADO	
Universidad: _____	Fecha expedición del título: _____
OTROS TÍTULOS OFICIALES/ESPECIALIDADES	
_____ Fecha expedición del título: _____	

Consiento de manera expresa que el Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra utilice mis datos para efectuar las pertinentes verificaciones de mi título con la finalidad de tramitar mi solicitud de colegiación en el Colegio:

SI  NO

**MODALIDAD DE EJERCICIO PROFESIONAL:**

Ejerciente  Datos y domicilio de ejercicio profesional: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
No ejerciente

**PRECOLEGIADO EN EL COFPO:** SI  NO

**DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA:**

- Original o copia compulsada – Notarialmente o por la Universidad - del Título de Licenciado/Grado en Farmacia o de la certificación acreditativa del mismo
- Homologación o reconocimiento del título extranjero emitido por el Ministerio de Sanidad
- Fotocopia DNI
- 1 Fotografía
- Certificado del colegio de origen
- Copia tarjeta del I.N.E.M.
- Copia del justificante del pago, ingreso o transferencia bancaria de la cuota de inscripción
- Copia compulsada – notarialmente o por la Universidad - de los títulos o nombramientos civiles, laborales o administrativos que en cada caso justifiquen el tipo de ejercicio para el que se solicita la colegiación
- Orden de domiciliación bancaria
- Boletín adhesión seguro RC Profesional

**SOLICITUD CUENTA DE CORREO Y ALTA EN LA WEB COLEGIAL:**

Solicito el alta como usuario en la web del Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra. Asimismo solicito que se me habilite una cuenta de correo electrónico colegial y autorizo al Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra a que me envíe exclusivamente a través de dicha cuenta toda la información colegial.  
Tanto las claves de usuario de la web como la cuenta de correo electrónico serán gratuitas y estarán vigentes mientras permanezca colegiado en el Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra. Recibiré todas las comunicaciones colegiales exclusivamente por correo electrónico y a través de la web colegial y ocasionalmente a través de SMS.  
Con la presente solicitud acepto la política de gestión de cuentas de correo electrónico del COFPO así como las condiciones de uso de las mismas, que están disponibles para consulta en la web colegial [www.cofpo.org](http://www.cofpo.org).

**ANTECEDENTES PENALES:**

Declaro de manera expresa que carezco de antecedentes que me inhabiliten para el ejercicio profesional.

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:**

El abajo firmante declara haber sido informado por el colegio de la obligación de disponer de un seguro de responsabilidad civil en vigor, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de la asistencia o servicios en el ámbito de la asistencia sanitaria privada (Art.46 Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias)

El Colegio dispone de una póliza colectiva de seguro de Responsabilidad Civil Profesional (RCP) para los colegiados inscritos. Los datos de los colegiados asegurados en la RCP colectiva serán cedidos a Agrupación Mutual Aseguradora (AMA) con la finalidad exclusiva de hacer efectiva dicha póliza.

A estos efectos, el solicitante declara:

Que no va a ejercer en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, por lo que no desea darse de alta en la póliza colectiva de responsabilidad civil.

Que va a ejercer en el ámbito de la asistencia sanitaria privada y declara bajo juramento que dispone de otro seguro de responsabilidad en vigor, un aval u otra garantía financiera que cubre las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.

Que solicita su inclusión en la póliza de responsabilidad civil suscrita por el colegio, para lo cual facilita los datos a través del correspondiente formulario.

#### INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:

Los datos personales solicitados en este Formulario serán tratados por **COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA** (en adelante, COFPO), en calidad de Responsable de Tratamiento, para la finalidad de a) Gestionar los datos proporcionados por los solicitantes de COLEGIACIÓN para la adecuada gestión administrativa del alta como colegiados, así como las actualizaciones, modificaciones o bajas correspondientes; b) Gestionar los datos profesionales de los COLEGIADOS y registrar su actividad y desarrollo profesional; c) Gestionar los datos profesionales de los COLEGIADOS y registrar su actividad y desarrollo profesional; d) Gestionar los asuntos DEONTOLOGICOS PROFESIONALES en el colectivo profesional en el desarrollo de sus responsabilidades profesionales; e) Gestión administrativa para el desarrollo de los procesos electorales del Colegio Profesional. Los datos se conservarán mientras se mantenga la relación con el Colegio. La Base de Legitimación para este tratamiento es dar cumplimiento a una Obligación Legal establecida en la Ley de Colegios Profesionales y su consentimiento. Tiene derecho a reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos. También puede contactar con el Delegado de Protección de Datos del COFPO en la siguiente dirección [delegadoprotecciondedatos@cofpo.org](mailto:delegadoprotecciondedatos@cofpo.org).

Respecto a las posibles comunicaciones o cesiones de datos a terceros, ajenos al personal de COFPO, informarle que **NO** se cederán datos a terceros, excepto los obligatorios por ley incluida la dirección de correo electrónico colegial que Ud. consiente que se ceda al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos con la finalidad de enviarle comunicaciones profesionales.

Usted tiene los siguientes **derechos**: solicitar el acceso a los datos personales relativos al interesado, solicitar su rectificación o supresión, solicitar la limitación de su tratamiento, y a Oponerse al tratamiento, así como la Portabilidad de los datos.

Para su ejercicio, debe presentar escrito de solicitud ante COFPO, con sus datos identificativos, lo que pide y fotocopia de DNI o similar para acreditar ser el interesado. Puede hacerlo enviando dicha solicitud a C/ ECHEGARAY 10 BAJO; 36.002 PONTEVEDRA; o incluso mediante el envío de un correo electrónico a la siguiente dirección [cofpontevedra@cofpo.org](mailto:cofpontevedra@cofpo.org)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_