**A RELLENAR POR EL COLEGIO**

**Nº COLEGIADO:**

**FECHA COLEGIACIÓN:**

**A RELLENAR POR LA PERSONA INTERESADA**

**DATOS PERSONALES:**

NOMBRE:

APELLIDO 1º:

APELLIDO 2º:

NIF:       FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

C.P:       POBLACIÓN:

PROVINCIA:

TELÉFONO:       TELÉFONO MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

**DATOS ACADÉMICOS:**

TÍTULO:

RAMA:

UNIVERSIDAD:

FECHA FINALIZACIÓN:

TÍTULO:

RAMA:

UNIVERSIDAD:

FECHA FINALIZACIÓN:

**DATOS PROFESIONALES:**

EMPRESA U ORGANISMO DONDE TRABAJA:

CARGO:

DOMICILIO:

C.P:       POBLACIÓN:

PROVINCIA:

WEB PROFESIONAL:

**EXPONE**

Que solicita ser inscrito en la situación de:

[ ] Ejerciente

[ ] No Ejerciente

[ ] Recién Titulado

[ ] Desempleado

[ ] Jubilado

Las Palmas de Gran Canaria, a       de       de      .

 Firma del Interesado

**ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA**

Nº DE CUENTA / IBAN:

SWIFT BIC:

TITULAR DE LA CUENTA:

A partir de la fecha de firma del presente documento, autorizo adeudar en la cuenta bancaria arriba indicada, los recibos periódicos que presentados para su cobro por el Iltre. Colegio Oficial de Economistas de Las Palmas.

**LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PROFESIONAL**

El tratamiento de los datos personales obtenidos a través de este documento, no será cedido a terceros sin el consentimiento del afectado, siendo incluidos en un fichero gestionado por esta entidad conforme a las normas legales establecidas en materia de protección de datos y en concreto a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, así como por el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016).

El afectado podrá ejercitar su derecho a acceder, rectificar, modificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose por escrito con tal finalidad a esta corporación, sin perjuicio de los consentimientos otorgados de forma expresa, salvo revocación igualmente expresa de los mismos.

En cualquier momento puedes revocar tu consentimiento comunicándolo a esta Secretaría.

Las Palmas de Gran Canaria, a       de       de      .

Firma del Interesado

Nombre y apellidos:

DNI: