

RENOVACIÓN DEL CARNET COLEGIAL

Nº COLEGIADO/A:

APELLIDOS Y NOMBRE:

D.N.I.:

Solicita le sea expedido nuevo carnet colegial, que sustituye al anterior por:

Extravío

Deterioro

Caducidad

....., a.....de.....de 20.....



(Firma del colegiado/a*)



Vº Bº

D. Manuel Mariano Vera Martínez
DECANO JUNTA DE GOBIERNO

SELLO DE LA DELEGACIÓN

Espacio reservado para cumplimentar por la Secretaría del Colegio

LA JUNTA DE GOBIERNO AUTORIZA LA EXPEDICIÓN DEL CARNET SOLICITADO

FECHA: _____

EL SECRETARIO
D. José Luis Pérez Cobo

***NOTA IMPORTANTE:**

El/La que suscribe la presente solicitud tendrá en cuenta que su firma se utilizará por el COP con el fin de legitimar la firma como psicólogo/a colegiado/a en aquellos documentos que sean presentados al efecto. Como colegiado/a los datos personales que nos facilita en este formulario ya deben estar incorporados a nuestra base de datos. En el caso de que alguno de ellos no lo estuviese será incorporado o actualizado.

Le recordamos que podrá ejercer los derechos que la ley le confiere, poniéndose en contacto con cualquiera de las sedes del COPAO, por escrito o por correo electrónico, en la dirección copao@cop.es.