

NOMBRE: _____

D.N.I.: _____

FIRMA:

FOTOGRAFÍA:

(Firmar dentro del cuadro superior en bolígrafo o rotulador de grosor superior a 0.5, preferiblemente en color negro).

En cumplimiento del Reglamento Europeo General de Protección de Datos, la LOPD y demás normativa sobre la materia vigente, le informamos que los datos que nos facilita al cumplimentar este formulario, entrarán a formar parte del fichero de colegiados, responsabilidad del COPAO. Sus datos serán tratados con el fin de ofrecerle y prestarle todos nuestros servicios, se conservarán mientras este dado de alta en este colegio, y posteriormente durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Serán protegidos y conservados aplicando todas las medidas de seguridad necesarias para ello.

Podrá ejercitar sus derechos de Acceso, Cancelación, Rectificación, Oposición, Portabilidad, Limitación del tratamiento, y demás derechos que la ley le confiere, poniéndose en contacto con el COPAO, bien presencialmente en sus sedes, por escrito, o enviando un mail a copao@cop.es, o bien a dpo.copao@cop.es.

Le informamos que sus datos podrán ser cedidos a la Fundación Española de Psicología y Salud, o al Consejo General de la Psicología, en los casos en los que el titular de los datos se matricule en alguno de los cursos de formación que esta organice, o cuando se inscriba en alguna sección o comisión, y en cualquier otro caso que establezca la Ley. SI [] NO []

En _____, a ____ de _____ de _____