



**JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO OFICIAL DE PODÓLOGOS DEL PAÍS VASCO:**

D. / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Con domicilio en c/ \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Provincia de \_\_\_\_\_

y DNI nº \_\_\_\_\_

Diplomado/a en Podología por la Universidad de \_\_\_\_\_

**SOLICITA:**

Darse de ALTA como colegiado/a **NO EJERCIENTE** (Art. 17.2) con los derechos y deberes que otorgan los Estatutos de la Organización Colegial, obligándose al cumplimiento de cuantas disposiciones legales fueran promulgadas por los Organismos superiores y prestar su colaboración.

Asimismo quedo informado/a que el ejercicio de la podología en la CAPV en situación de **No Ejerciente** no queda cubierto por el Seguro de Responsabilidad Civil profesional del Colegio Oficial de Podólogos del País Vasco.

VITORIA-GASTEIZ, a .....de .....de 201.....

Firma solicitante:

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de un fichero titularidad del COLEGIO OFICIAL DE PODÓLOGOS DEL PAÍS VASCO, cuyas finalidades exclusivas son las derivadas de la actividad propia del colegio profesional, así como la gestión de tipo administrativo necesaria para dichos servicios.

Le informamos que sus datos podrán ser cedidos a la correduría de seguros BROKER'S 88, para la gestión de la póliza colectiva de Responsabilidad Civil. El o la interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada Ley Orgánica 15/1999, mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido al COPPV, Cantón de Anorbin 2 bajo, 01001 de Vitoria-Gasteiz, o bien a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.