



SOLICITUD DE BAJA DE COLEGIACIÓN

| | |
|------------------------|---|
| D./D ^a . | |
| DNI/NIE Nº: | |
| NÚMERO DE COLEGIADO/A: | _____/CLM DEL COLEGIO PROFESIONAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE CASTILLA-LA MANCHA |
| DIRECCIÓN: | |
| CÓDIGO POSTAL | POBLACIÓN |
| TELÉFONO FIJO/MÓVIL | |
| EMAIL: | |

SOLICITA

LA BAJA DE COLEGIACIÓN POR MOTIVOS APORTADOS:

De acuerdo con el artículo 7, de "Colegiación", y artículo 8, apartado d, de "Pérdida de la condición de colegiado"/ TÍTULO II, CAPÍTULO I, de los estatutos del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Castilla-La Mancha; para hacer efectiva dicha baja se debe aportar los siguientes documentos que justifiquen dicha solicitud.

Marque con una X el documento que anexa a esta solicitud:

- 1. Certificado de empresa (que justifique las competencias que se están desempeñando)
- 2. Certificado de Jubilación.
- 3. Certificado de Incapacidad laboral, invalidez, etc.
- 4. Declaración jurada de que no ejerce como higienista dental
- 5. Otro*
Especifique cual: _____

*Cualquier otro documento que la Junta de Gobierno considere necesario o válido.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma:

La persona arriba firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente SOLICITUD, así como, la documentación justificativa que motiva la petición de Baja.

Cumplimente este formulario y envíelo junto con los documentos que justifique dicha solicitud a la Secretaría de este Colegio Profesional por correo ordinario o electrónico (COLEGIO PROFESIONAL HIGIENISTAS DENTALES DE CASTILLA-LA MANCHA, Att. Manuela de la Hoz Díaz, c/ Pintor Mendoza, 65 3C, 13300 Valdepeñas o contacto@colegiohigienistascastillalamancha.es)

NOTA INFORMATIVA

La solicitud de la baja no significa la baja automática; dicha solicitud debe ser valorada por la Junta de Gobierno de este Colegio Profesional. Dicha aceptación o No aceptación será comunicada por el Secretario General del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Castilla-La Mancha.

De conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999, de 13 de diciembre, se le comunica que los datos suministrados formarán parte de un fichero electrónico automatizado propiedad del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Castilla-La Mancha. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión de su petición. Si el solicitante no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su tratamiento, la gestión de su petición no podrá llevarse a cabo. El solicitante dispone de los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación previstos en el Art. 17 de la LOPD que puede ejercer contactando por correo electrónico en la cuenta contacto@colegiohigienistascastillalamancha.es, junto con una prueba válida que le identifique, como fotocopia del DNI.

Autorizo al Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Castilla-La Mancha para que pueda realizar envíos a mi cuenta, por correo electrónico, con información de sus actividades, novedades, actualidad, cursos, y cualquier otra información que se considere relevante en beneficio del colegiado/a. Asimismo, autorizo al Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Castilla-La Mancha para que pueda realizar envíos a la dirección postal de contacto, con el fin de mantener informado al colegiado/a de las actividades, novedades, actualidad, cursos, revistas, folletos propios o de terceros, relacionados con el sector y de interés para el colegiado/a. En caso de que para una mejor gestión y prestación de los servicios se realicen accesos a datos por cuenta de terceros, CPHDCLM garantiza el mantenimiento de la confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal. Cuando proceda será convenientemente advertida la cesión al colegiado/a, detallando la identidad de la Cesionaria y la finalidad de la misma. Autorizo al uso de mi imagen en publicación en el portal web del Colegio Profesional, o en empresas del sector dental, tomadas de eventos relacionados con nuestra profesión.

No autorizo al envío de información, novedades, noticias, u otros de interés al colegiado/a, ni al correo electrónico ni postal

No autorizo a hacer uso de mi imagen

colegio profesional de
higienistas dentales

CASTILLALAMANCHA