

NOMBRE: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Nº COLEGIADO/A: \_\_\_\_\_

(Firme dentro del cuadro superior en bolígrafo o rotulador de grosor superior a 0,5, preferiblemente en color negro).

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**NOTA.** En cumplimiento del Reglamento Europeo General de Protección de Datos, la LOPD y demás normativa sobre la materia vigente le comunicamos que los datos, facilitados 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 esté dado/a 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](mailto:copao@cop.es).

Le advertimos 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/la titular de los datos se matricule en alguno de los cursos de formación que esta organice; o bien cuando se inscriba en alguna sección o comisión del COPAO y en cualquier otro caso que establezca la Ley. SI [ ] NO [ ].