



Formulario de colexiación

Os campos marcados con * son obrigatorios. Xunto con este formulario deberá achegarse unha copia do **D.N.I.** (ou pasaporte), unha **copia compulsada do título** e un **documento da entidade bancaria** onde consten o/a solicitante da colexiación como titular da conta e todos os díxitos da mesma (4 para o código do banco, 4 para a oficina, 2 para o díxito de control e 10 para a conta corrente)

Datos persoais

| | | | |
|---|----------------------|------------------------|----------------------|
| Primeiro apelido * | Segundo apelido * | Nome * | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| D.N.I. * | Data de nacemento * | Enderezo electrónico * | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Enderezo * | Concello * | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Provincia * | Código postal * | Teléfono * | Móbil |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Título * | Centro * | Ano * | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| <input type="checkbox"/> Achego fotocopia do D.N.I. ou pasaporte * | | | |
| <input type="checkbox"/> Achego fotocopia compulsada do título * | | | |
| <input type="checkbox"/> Achego documentación da entidade bancaria * | | | |
| <input type="checkbox"/> Achego documentación do seguro de responsabilidade civil * | | | |

Datos bancarios

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nome da entidade bancaria * | Banco * | Oficina * | DC * | Conta * |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Enderezo | Concello | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| Provincia | Código postal | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |

Datos profesionais

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nome da empresa | Actividade | Posto |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Enderezo | Concello | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Provincia | Código postal | Teléfono |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

A Xunta de Goberno do Colexio Profesional de Enxeñaría en Informática de Galicia, en cumprimento da Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, informa que os datos persoais que Vd. nos proporciona serán incluídos nun ficheiro de datos de carácter persoal titularidade desta entidade, o cal ten por finalidade a xestión do colexio. Se o desexa pode exercer os dereitos de acceso, rectificación e, se é o caso, cancelación utilizando os medios de contacto indicados neste formulario.

A Xunta de Goberno do Colexio Profesional de Enxeñaría en Informática de Galicia protexerá e gardará segredo sobre a información que posúe neste ficheiro, solicitando a autorización expresa dos interesados para a súa cesión a entidades colaboradoras.

Así mesmo, o abaixo asinante autoriza ao Colexio Profesional de Enxeñaría en Informática de Galicia a domiciliar a cota de colexiación, así como os pagos asociados a servizos colexiais complementarios que así o requiran, na entidade bancaria indicada anteriormente.

En , a de de *

Asdo. *

Á atención do Presidente do Colexio Profesional de Enxeñaría en Informática de Galicia

Rúa Fernando III O Santo 32 baixo – Tel: 981 553 355 – Fax: 981 553 997 – 15701 Santiago de Compostela (A Coruña)
www.cpeig.org