



DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos -----
Domicilio-----
Código Postal y Población-----
Teléfono ----- E:mail-----
D.N.I.-----
Fecha nacimiento----- Localidad----- Provincia-----
Datos bancarios: (*)
-----/-----/-----/-----
Nº Entidad (4 díg.) Nº Oficina (4 díg.) D. C. (2 díg.) Nº de Cta./Lta. (10 díg.)

DATOS ACADÉMICOS

Título-----
Universidad que lo expide-----
Año de expedición o de fin de carrera-----

Estudios de Postgrado:

Especialidad/es:

DATOS DE COLEGIACIÓN

Fecha de solicitud de colegiación----- Nº Asignado-----
Procedencia-----

(*)El abajo firmante autoriza al Colegio Oficial de Enfermería de Huesca a gestionar el cobro de las cuotas periódicas cargando su importe en la cuenta bancaria facilitada en este impreso.

.....
(firma)

El solicitante acepta y autoriza el tratamiento de sus datos personales y en cualquier momento podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido al Colegio. Esta autorización puede ser revocada conforme a lo que dispone la L.O. 15/1999