



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