



Impreso de colegiación

DATOS PERSONALES			
Nombre y apellidos:		N. I. F.:	
Dirección:			
Localidad:		C. P.:	E-mail:
Fecha de Nacimiento:		Tel.:	Tel. móvil:

DATOS ACADÉMICOS	
Título Universitario de Licenciado/a o Grado	
Especialidad:	
Universidad:	
Promoción:	Fecha:
Título Universitario de Doctor	
Especialidad:	
Universidad:	Fecha:

DATOS LABORALES		
Situación laboral (activa, paro, jubilado, etc.):		
Lugar de trabajo:		
Dirección:		
Localidad:		C. P.:
Tel.:	Fax	E-mail:

¿En qué campos profesionales desea figurar? (máximo 3):

- Alimentación
 Enseñanza
 Industria
 Investigación
 Laboratorio-Calidad
 Medio ambiente
 PRL
 Química sanitaria
 Otros (especifique): _____

¿Quiere formar parte de nuestra Bolsa de Empleo? SI NO

DATOS BANCARIOS												
Banco/Caja:												
				Entidad	Sucursal	DC	Núm. cuenta					
Código cuenta bancaria:												

Se informa que los datos personales serán tratados por el Col·legi de Químics de les Illes Balears como consecuencia de su incorporación y pertenencia de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) para: i) Alta e inscripción y gestión de las funciones legal y estatutariamente previstas derivadas de la inscripción en el Colegio y envío de información del Colegio; ii) Envío de información relativa al ejercicio de la profesión o de interés para el profesional sobre servicios y actividades desarrolladas por la Asociación, así como información de terceros colaboradores relacionados con los sectores de formación y de educación, colegios profesionales, jurídico y servicios que alcancen acuerdos de colaboración con del Colegio; iii) Tramitar las solicitudes y consultas de los asociados; iv) Gestión administrativa y económica. La entrega de los datos solicitados en relación con el presente documento es obligatoria, ya que en caso de no facilitar los mismos, no podría continuar el proceso de inscripción. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, acompañando su solicitud con la fotocopia de su DNI a la dirección secretaria@quimibal.org. También le informamos que puede reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). Más información en la Política de Privacidad que encontrará en el reverso de este formulario.

Recibida la información anterior,

[] Acepto que el Colegio de Químicos informe de mi nombre y correo electrónico a terceros relacionados con los sectores de formación y de educación, jurídico, sanidad, comercio y servicios que alcancen acuerdos de colaboración con el Colegio directamente o a través del Consejo Nacional de Químicos, a los solos efectos de poder recibir información para el envío de información relativa al ejercicio de la profesión o de interés para el sector o sobre las condiciones especiales para socios CNQIB

Acepto formar parte gratuitamente de la Asociación de Químicos de las Illes Balears, entidad con la cual el Colegio de Químicos de las Illes Balears podrá compartir los datos transcritos.

Acepto que el Colegio de Químicos informe de mi nombre y domicilio a las entidades con las cuales tenga convenio de colaboración firmado, directamente o a través del Consejo General de Colegios de Químicos, a los efectos de poder recibir información sobre las condiciones especiales para los colegiados.

_____, ____ de _____ de 20____

(Firma)