**FORMULARIO DE COLEGIACIÓN**

**Nº DE COLEGIADO:**

# Nombre y apellidos

**INFORMACIÓN PERSONAL**

***(A rellenar por CoPTOR)***

# D.N.I. Fecha nacimiento

**Dirección**

# C.P. Población Provincia Nacionalidad

**Correo electrónico Teléfono móvil**

**INFORMACIÓN ACADÉMICA**

# Universidad Año finalización

**Master Año finalización**

**INFORMACIÓN LABORAL**

Activo

# Centro de trabajo

Autónomo Cuenta ajena

Desempleado

No trabaja como T.O.

# Población Provincia

**SITUACIÓN DE COLEGIACIÓN**

**Colegiado por primera vez** Si No

**Solicito** mediante el presente formulario pertenecer al Colegio Profesional Riojano de Terapeutas Ocupacionales (CoPTOR), declarando mediante mi testimonio que no estoy actualmente inhabilitado/a legalmente para ejercer mi profesión como terapeuta ocupacional, por lo que les remito la documentación adjunta que se señala y doy constancia de la veracidad de los datos.

**DOCUMENTACIÓN APORTADA**

Fotografía de carnet

Certificado vida laboral (Ejercientes)

Fotocopia del D.N.I.

Certificado I.N.E.M. (No ejercientes)

Baja anterior colegio

Presto mi consentimiento a efectos de realizar las gestiones pertinentes respecto de la verificación de mi título, de conformidad con el artículo 11.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal.

La cuota anual es de 150€ pasándose el recibo cada 4 meses (enero, mayo y septiembre):

|  |  |
| --- | --- |
| Matrícula | 50€ |
| Cuota anual | 150€ |
| Cuota cuatrimestral | 50 |

**DOMICILIACIÓN BANCARIA**

# Titular de la cuenta

**Banco o Caja**

# Número de cuenta

IBAN ENTIDAD OFICINA DC Nº CUENTA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Autorizo** al Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de La Rioja (CoPTOR) a cobrar las cuotas que correspondan

# Fecha: Firma:

**Protección de datos**: En cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos de carácter personal serán tratados por parte de COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE LA RIOJA, en calidad de responsable del tratamiento con la finalidad de ‘GESTIÓN FISCAL, CONTABLE Y ADMINISTRATIVA DE COLEGIADOS’, ‘ENVÍO DE INFORMACIÓN DE

INTERES SOBRE NUESTRA ACTIVIDAD’, Le informamos que sus datos pueden ser comunicados a terceras entidades y profesionales con objeto de poder proceder con la finalidad con la Vd.nos facilitó sus datos: asesorías externas, servicios informáticos Asimismo, le informamos que salvo obligación legal o consentimiento expreso por su parte que nuestra entidad no va a ceder sus datos a terceras personas distintas de las, en su caso, aquí identificadas. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios como también ejercer los demás derechos recogidos por la normativa de la forma que se explica en la información adicional. Usted puede ejercitar los derechos mencionados en los términos establecidos en la normativa vigente dirigiéndose a COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE LA RIOJA, tel. 658150330 , e-

mail: [coptor.13@hotmail.com](mailto:coptor.13@hotmail.com) Asimismo, Usted puede solicitar a los mismos datos de contacto, información adicional detallada sobre nuestra política de protección de datos. Igualmente, podrá consultar nuestra información adicional en nuestra página web:

Manifiesto mi conformidad con los tratamientos de mis datos arriba seleccionados No acepto la utilización de mis datos personales para comunicaciones comerciales

**FORMULARIO TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

**INFORMACIÓN PERSONAL**

**Nº DE COLEGIADO:**

# Nombre y apellidos D.N.I. Fecha nacimiento Dirección

**C.P. Población Provincia Nacionalidad**

# Correo electrónico Teléfono móvil

**Protección de datos:** En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en un fichero denominado COLEGIADOS cuyo titular es EL COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE LA RIOJA y cuya finalidad son las Finalidades públicas previstas por disposiciones normativas u ordenadas por los Estatutos del Colegio, la gestión administrativa y prestaciones de servicios a colegiados dentro de las finalidades previstas por el el propio Colegio Profesional. Así mismo le informamos que sus datos serán comunicados a entidades aseguradoras con objeto de poder proceder a la suscripción de seguros de responsabilidad civil profesional para los colegiados.

Le informamos que en cumplimiento de la normativa vigente sus datos serán comunicados a Administración tributaria.

Asimismo, le informamos que Vd. puede ejercitar los derechos acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la normativa vigente dirigiéndose a:

**COLEGIO PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE LA RIOJA , C/ GENERAL URRUTIA, Nº3 - 2ºK 26005 LOGROÑO**

**Telf. 658.15.03.30 e-mail:** secretaria\_informacion@coptor.es

**Autorizo** a la Junta Directiva del Colegio Profesional Riojano de Terapeutas Ocupacionales (CoPTOR), a que facilite mi nombre y Apellidos junto a mi Dirección de Correo Electrónico, al conjunto de Colegiados.

**NO autorizo** a la Junta Directiva del Colegio Profesional Riojano de Terapeutas Ocupacionales (CoPTOR), a que facilite mi nombre y Apellidos junto a mi Dirección de Correo Electrónico, al conjunto de Colegiados.

**Fecha:**  **Firma:**

**DECLARACIÓN JURADA PARA EL INGRESO EN EL COPTOR**

D./Dña\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI / T.residencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ A los efectos de ser admitido como Colegiado en COPTOR, Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de La Rioja, declaro bajo juramento:

1. “No haber sido sancionado civil, penal ni profesionalmente con anterioridad por motivo de ejercicio profesional, o mala praxis.”

2. Que todos los títulos y/o diplomas aportados necesarios para poder ejercer como Terapeuta Ocupacional, así como la documentación añadida para su estudio y valoración, para ingresar en COPTOR son ciertos y cotejables con originales o comprobables en registros correspondientes.

3. Que no estoy en situación de inhabilitación profesional para desempeñar mi función como Terapeuta Ocupacional, ni condenado por causa alguna, que tenga relación con mi actuación en el ámbito profesional, ni denuncia Penal o Civil contra mi persona que pueda afectar al buen nombre del Colegio.

4. En caso de no ser cierta ninguna de estas situaciones, COPTOR podrá denegar mi ingreso como colegiado, o el inicio de un procedimiento sancionador según los estatutos colegiales, si hubiere falsedad, una vez admitido.

5. En este segundo supuesto, se denegará la devolución de las cuotas o ingresos económicos realizados hasta ese momento.