



MATRICULA

CURSO:

FASE PRESENCIAL DE / / A / /

Colegiado/a Nº _____ Nombre _____

Apellidos _____

Titulación _____ Dirección: _____

C.P. _____ Población _____

Provincia _____ Telf.: _____,

email _____ NIF _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Sexo _____

Conforme con las bases de la convocatoria

Firmado

Le informamos que en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, los datos que se recaben relativos a su persona, serán tratados como Responsable por COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE LA RIOJA domiciliada en Logroño, Plaza Tomás y Valiente 4, Bajo. El tratamiento de estos datos tiene como finalidad gestionar el curso solicitado. La base de legitimación es el consentimiento prestado en la inscripción. Además, la firma de este documento significa la autorización y por tanto, el consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos con las siguientes finalidades (marque la casilla si está de acuerdo con el tratamiento):

Autorización para grabar y/o tomar fotografías de los cursos y eventos organizados. Dichas imágenes podrán ser difundidas a través de nuestra Página Web, nuestra Revista y/o cualquier otro medio publicado por el Colegio

Puede ejercer en todo momento sus derechos de acceso, rectificación supresión y oposición así como su derecho a solicitar la limitación del tratamiento o realizar la portabilidad de sus datos. Asimismo, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos como Autoridad de Control.

Por último, para obtener una información más exhaustiva acerca del tratamiento que el Colegio realiza de sus datos personales, puede consultar nuestra política de privacidad a través de la página web en el siguiente enlace: www.colegioenfermeriarioja.org.