

*Solicitud de Becas*

Colegiado/a N.º..... Nombre.....  
Apellidos.....  
Dirección.....  
Población.....  
Provincia..... C.P.....  
Teléfono..... Móvil.....

DOCUMENTACION A APORTAR

TIPO A

Programa  
Acreditación carga lectiva  
Importe de la matrícula  
Memoria del curso  
Certificación finalización de actividad

TIPO B

Programa  
Acreditación de comunicación presentada  
Certificación finalización de actividad

Conforme con las bases  
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 con domicilio en Logroño, Plaza Tomás y Valiente 4, Bajo, que tiene como finalidad la gestión de la beca solicitada. La base jurídica del tratamiento es el consentimiento prestado a través de su solicitud. 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 publicar los datos relacionados con las becas solicitadas (concedidas o no) en nuestra página web.

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](http://www.colegioenfermeriarioja.org).