



Colegiado nº _____
(A rellenar por el Colegio)

COLEGIO PROFESIONAL DE DELINEANTES
DE ZARAGOZA
TÉCNICOS SUPERIORES EN PROYECTOS

C/ Conde de Aranda, 42, 2º Izda
Teléfono 976 43 10 16
delineanteszaragoza@gmail.com

D./Dña. _____ de _____ años de edad, con domicilio en c/ _____ nº _____, piso _____ de _____, provincia de _____, código postal _____, con teléfono _____ y con D.N.I. nº _____, correo electrónico _____ @ _____.

SOLICITA:

Su **INSCRIPCIÓN** en el Colegio Profesional de Delineantes de Zaragoza.

DOCUMENTACIÓN APORTADA

- Fotocopia del D.N.I.
 Fotocopia del título de _____

 Fotografía
 Justificante de desempleo (en caso de no ejercer la profesión).
 Orden de domiciliación SEPA

En _____ a _____ de _____ de 20__

FIRMA: _____

Nota:

Envíala firmada con el resto de la documentación a delineanteszaragoza@gmail.com.

*Los datos que nos proporciona se incorporarán a tratamientos cuyo responsable es **COLEGIO PROFESIONAL DE DELINEANTES DE ZARAGOZA** con CIF Q5067002E, domicilio social en C/ Conde Aranda, 42, 2º Izda., 50003 de Zaragoza. Podrá contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos a través del correo electrónico dpo.delineanteszaragoza@gmail.com. La finalidad es gestionar la domiciliación bancaria. Sus datos se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante el tiempo legalmente necesario. La base jurídica para este tratamiento es la relación contractual y el cumplimiento de las obligaciones legales. Los datos no serán cedidos a terceros, salvo obligación legal. Puede solicitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición, así como retirar el consentimiento enviando un e-mail a delineanteszaragoza@gmail.com o en la dirección postal indicada anteriormente, adjuntando fotocopia del DNI e indicando el derecho solicitado. También podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.*