

DATOS PERSONALES

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Número de D.N.I. Pasaporte/Permiso Residencia

Sexo

Fecha Nacimiento Lugar Nacimiento

Nacionalidad

DOMICILIO PARTICULAR

Calle/Plaza/Avenida

Número Piso Puerta

Urbanización Bloque Casa/Chalet

Código Postal Ciudad, Provincia

Teléfono Fijo Teléfono Móvil

Correo Electrónico Particular

DATOS ACADÉMICOS

Facultad en la que se licenció Fecha

Facultad en la que se doctoró Fecha

Otras titulaciones obtenidas y/o cursos de postgrado

Título	Centro Docente	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS LABORALES

Ámbito en el que ejerce: marcar con X tipo y especificar actividad

Administración Pública:		
<input type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Animales Laboratorio	<input type="checkbox"/> Clínica y Producción Cunicultura
<input type="checkbox"/> Regional/Autonómica	<input type="checkbox"/> Clínica Animales exóticos/salvajes	<input type="checkbox"/> Cooperación Internacional
<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Clínica de équidos	<input type="checkbox"/> Docencia Privada
<input type="checkbox"/> Empresa Pública	<input type="checkbox"/> Clínica Pequeños Animales	<input type="checkbox"/> Docencia Pública
<input type="checkbox"/> Empresa Privada	<input type="checkbox"/> Clínica y Producción Caprino	<input type="checkbox"/> Empresas o Laboratorios Nutrición
<input type="checkbox"/> Por Cuenta Propia	<input type="checkbox"/> Clínica y Producción Ovino	<input type="checkbox"/> Espectáculos Taurinos
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Clínica y Producción Porcino	<input type="checkbox"/> Inspección Oficial
	<input type="checkbox"/> Clínica y Producción Vacuno	<input type="checkbox"/> Investigación
	<input type="checkbox"/> Clínica y Producción Acuicultura	<input type="checkbox"/> Laboratorio de Diagnóstico Clínico
	<input type="checkbox"/> Clínica y Producción Avicultura	<input type="checkbox"/> Sanidad Animal(A.D.S.)
		<input type="checkbox"/> Medio Ambiente
		<input type="checkbox"/> Mataderos
		<input type="checkbox"/> Salud Pública
		<input type="checkbox"/> Seguridad Alimentaria
		<input type="checkbox"/> Otros

Nombre de la Empresa o Entidad

Domicilio

Código Postal Localidad Provincia

Teléfono Trabajo Fax

Correo Electrónico Trabajo

DATOS PARA FONDO DE PREVISIÓN Y OTROS SEGUROS(BENEFICIARIOS)

Estado Civil Número de hijos a su cargo

Nombre y apellidos de los hijos y edades	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

OTROS DATOS PARA SERVICIOS DE MARKETING Y COMUNICACIÓN

Colegio Veterinarios de procedencia(en el caso de que provenga de otro colegio de veterinarios)

Domicilio de correo postal a efectos de comunicación

Particular

Trabajo

Dirección de correo electrónico a efectos de comunicación

Particular

Trabajo

¿Desea recibir Boletín Electrónico?

SI

NO

Relación de Asociaciones Veterinarias a las que pertenece

Actividades de ocio y culturales favoritas del colegiado(opcional)

De conformidad con los Estatutos vigentes del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Málaga, solicito la incorporación como colegiado, declarando lo siguiente:

1º No estoy incurso en causa de incapacitación ni estoy inhabilitado para el ejercicio de la profesión veterinaria.

2º Todos los datos que figuran en esta solicitud son verdaderos en la fecha en que es firmada.

Málaga a

de

201

Fdo.:

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE MÁLAGA

DATOS BANCARIOS

Málaga a de 201

Banco

Domicilio

Ciudad

Provincia

Entidad

Oficina

DC

Número Cuenta

IBAN

Muy Srs. Míos:

Ruego a Vds, se sirvan tomar la debida nota a fin de que con cargo a mi cuenta abierta en ese banco, abonen mensualmente, y hasta nueva orden, los recibos del Colegio Oficial de Veterinarios de Málaga.

Atentamente.

Fdo. :

D.

Nº Colegiado Domicilio

Población Provincia C.P.

FONDO DE SOCORRO COLEGIAL - AUXILIO POR DEFUNCIÓN(DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS)

Formulario de cumplimentación voluntaria, es decir NO obligatoria. En caso de no desear cumplimentar este formulario marque la casilla de verificación.D./Doña Colegiado nº D.N.I.

Declara beneficiarios del "Auxilio por Defunción" del Fondo de Socorro de este Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de la provincia de Málaga, a las siguientes personas, por el orden que se relacionan:

Nombre y Apellidos	D.N.I.	Teléfono	Parentesco

Málaga a de 202

Firmado:



Póliza:	
Tomador:	

Designación de Beneficiarios de Seguros Colectivos

¿Qué ventajas tiene designar Beneficiarios?

Como asegurado del seguro colectivo, puede designar a la persona o personas que recibirían la prestación asegurada en el caso de que se produzca el fallecimiento del asegurado. Cualquier persona puede ser beneficiario de un seguro de vida y su designación puede ser realizada de forma expresa (con nombres y apellidos) o genérica (se indica el parentesco, por ejemplo: cónyuge, hijos, etc.). Si el asegurado no designa a ningún beneficiario en el seguro de vida, se aplicará el orden de prelación establecido en la póliza.

¿Por qué le solicitamos sus datos para la designación?

PSN ofrece la posibilidad de que el asegurado designe a esa persona para que sea Beneficiario de su seguro, es decir, a quién quiere que se destine la prestación. Para que quede constancia de la designación, se pone a su disposición el siguiente formulario al efecto:

Datos del Asegurado:	
Apellidos:	Nº de Asociado:
Nombre:	C.I.F.:
Domicilio:	Población:
C.P.:	Provincia:
E-Mail:	Teléfono/s: /
Profesión:	Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____
Nacionalidad:	Especialidad:

Designación de Beneficiarios:	
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padres
<input type="checkbox"/> Cónyuge y en su defecto hijos	<input type="checkbox"/> Hermanos
<input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos a partes iguales	<input type="checkbox"/> Designación libre
<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Designación nominal _____	
Nombre y Apellidos _____	CIF / NIF / NIE / DNI _____
Nombre y Apellidos _____	CIF / NIF / NIE / DNI _____

(En caso de no designación, se estará a lo dispuesto en el orden de prelación excluyente determinado en las Condiciones Generales).

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?

Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante, PSN).

¿Con qué finalidad tratamos sus datos?

La formalización y gestión de la Póliza de Seguro, servicios accesorios a la misma y gestión comercial.

¿Por qué estamos legitimados para su tratamiento?

Le informamos que el uso de la información que nos proporciona está legitimada por la normativa de seguros (Art. 99 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y arts. 7 y 84 de la Ley de Contrato de Seguro) y, en consecuencia, por la normativa de Protección de Datos, de manera que pueda tener la total tranquilidad sobre el tratamiento de sus datos, sin perjuicio de que nos preste su consentimiento para finalidades de gestión comercial una vez finalizada la relación entre las partes.

¿A quién comunicaremos sus datos?

Los datos serán tratados por PSN Asesoramiento y Gestión del Riesgo SAU y en caso de habernos dado su consentimiento, los datos facilitados los serán cedidos con la finalidad de remitirle información comercial por cualquier medio, incluidos los electrónicos sobre las actividades, servicios y productos en los que medie.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

El Cliente podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Información adicional

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: <https://www.psn.es/politica-de-privacidad/>

He leído y acepto la información sobre Protección de Datos.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

EL ASEGURADO

EL ASESOR

Claúsula para incluir en el documento de alta Colegiados conforme al RGPD

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos que los datos personales que nos facilite serán responsabilidad del Colegio Oficial de Veterinarios de Málaga(COLVETMALAGA), domiciliado en Pasaje Esperanto, 1 - Entreplanta - 29007 Málaga y del Consejo General de Colegios Veterinarios de España(COLVET), domiciliado en C/ Villanueva, 11 - 5º, 28001 Madrid.

Basándose en las funciones legal y estatutariamente atribuidas al Colegio y al Consejo, su interés legítimo, consentimiento expreso del interesado o cumpliendo con la prestación de los servicios solicitados por colegiados, los datos personales o profesionales del Colegiado serán utilizados para las siguientes finalidades:

- Ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por el cumplimiento de las normas deontológicas, ética profesional, competencia desleal y por el respeto debido a los derechos de los particulares.
- Organizar actividades formativas y servicios comunes de carácter profesional, cultural, asistencial, de previsión y análogos que sean de interés para los colegiados.
- Resolver y/o mediar en la resolución de controversias por la actuación profesional con los usuarios o entre colegiados.
- Ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegiado.
- Prestar cualesquiera otros servicios asistenciales solicitados por los colegiados.

Con esta/s finalidad/es, sus datos serán conservados durante la vigencia de la relación con el Colegio y, posteriormente mientras no hayan prescrito las responsabilidades del Colegio, según los criterios legales y estatutarios aplicables y debidamente bloqueados de manera que sólo estén disponibles para las administraciones públicas, los jueces y tribunales que los puedan requerir para atender las posibles responsabilidades.

Además, de la correspondencia que reglamentariamente deba remitirse desde ese Colegio, tales como el envío del Órgano Oficial de Difusión de esa Corporación Profesional, los Boletines Informativos de actividades colegiales y profesionales, la organización de actividades y servicios comunes de interés para los colegiados, de carácter profesional, formativo, cultural, asistencial, económico, de previsión u otros análogos(Artículo 5 de la Ley 2/1974 de Colegios Profesionales), así como organizar Congresos, cursos y seminarios para la formación de posgraduados marcando la casilla abajo dispuesta, nos autoriza a que sus datos puedan ser utilizados para realizar envíos adicionales con la información que ese Colegio considere beneficiosa para el colegiado:

AUTORIZO a que me envíe por cualquier medio incluido el electrónico cuanta información considere ese Colegio beneficiosa para los colegiados

Con esta finalidad sus datos serán conservados hasta el momento en que usted pierda su condición de colegiado del Colegio o decida oponerse a este tratamiento, suprimir sus datos o limitar el tratamiento de los mismos.

Asimismo, le informamos que con las mismas finalidades arriba indicadas compartiremos sus datos con las compañías aseguradoras para la gestión de las pólizas y seguros concertados por el Colegio de forma colectiva en favor de los colegiados y, en su caso, a los Colegios correspondientes a cada Comunidad Autónoma para la correcta gestión de su situación colegial y llevar un control de movilidad de los colegiados así como con las autoridades públicas con competencia en la materia.

Al facilitar sus datos, usted garantiza haber leído y aceptado expresamente el tratamiento de sus datos personales conforme a lo indicado. No obstante, en todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento y portabilidad, cuando dichos derechos sean aplicables, a través de comunicación escrita a la dirección del Colegio o de COLVET arriba indicada o la dirección de correo electrónico de sus respectivos Delegados de Protección de Datos (administracion@colegioveterinariosmalaga.es), aportando fotocopia del DNI o documento equivalente y concretando su solicitud.

Asimismo, si considera que sus datos han sido tratados de forma inadecuada, tendrá derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos(C/ Jorge Juan, 6 - 28001 Madrid) - www.agpd.es

En Málaga, a de de

Fdo.-

Documento de Identificación

Número

Esta solicitud se acompañará de la siguiente documentación:

- * Título oficial o certificación académica en la que consten las asignaturas cursadas y la mención expresa del pago de las tasas para expedición del título correspondiente.
- * Si procede de otro Colegio, certificado expedido por el Colegio de procedencia con expresa mención de la condición de veterinario, estar al corriente de pago de las obligaciones económicas y no estar incurso en inhabilitación temporal o definitiva para el ejercicio de la profesión.
- * Fotocopia del D.N.I.
- * Dos fotografías tamaño carnet.

Colegiación de Veterinarios procedentes de la Unión Europea:

Los veterinarios procedentes de los Estados miembros de la Unión Europea deberán aportar lo siguiente:

- * Título académico homologado o reconocido por la Subdelegación del Gobierno en Málaga. Paseo de Sancha nº 64. 29071 Málaga(junto a Parque San Antonio). Teléfono 952 98 90 00.
- * Certificado expedido por la autoridad competente del país de origen, haciendo constar que el demandante no se encuentra inhabilitado para el ejercicio de la profesión, así como traducción jurada de este documento al español.
- * Pasaporte o carnet de identidad o fotocopia compulsada de estos documentos.
- * Dos fotografías tamaño carnet.

Colegiación de Veterinarios procedentes de terceros países

Los veterinarios procedentes de terceros países deberán aportar lo siguiente:

- * Título homologado por la Subdelegación del Gobierno en Málaga. Paseo de Sancha nº 64. 29071 Málaga(junto a Parque San Antonio). Teléfono 952 98 90 00.
- * Permiso de trabajo para el ejercicio de la profesión veterinaria y no otra, concedido por el Ministerio de Trabajo.
- * Permiso de residencia, expedido por el Ministerio del Interior.
- * Pasaporte o fotocopia compulsada de este documento.
- * Dos fotografías tamaño carnet.