



DATOS PERSONALES	APELLIDOS		NOMBRE	
	DIRECCIÓN POSTAL (Calle, número piso)		CORREO ELECTRONICO	
	LOCALIDAD	CODIGO POSTAL		PROVINCIA
	D.N.I	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS FIJO	TELEFONO MOVIL

CUALIDAD ACADEMICA	LICENCIATURA/GRADO		UNIVERSIDAD	FECHA DE TITULACION
	MASTER OFICIAL PSICOLOGO GENERAL SANITARIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		UNIVERSIDAD	FECHA DE TITULACION
	ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE TITULACION	
	TESIS DE DOCTORADO	UNIVERSIDAD	FECHA DE OBTENCION	

REGISTRO TITULO SUPERIOR	TITULO	EXPEDIDO EN	FECHA
	REGISTRADO EN EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN		FOLIO NÚMERO

RESGUARDO DEL TITULO EXPEDIDO	LOCALIDAD	FECHA
NÚMERO DE RESGUARDO		

COLEGIACION	Número de Colegiado/a	Fecha de Alta

PROTECCION DE DATOS	Los datos personales de nuestros colegid@s serán tratados conforme a la Ley 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).
	<p>En virtud de lo dispuesto en la LOPD, le informamos que sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados en los ficheros de titularidad del COPEX.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo el Tratamiento de mis datos para la remisión de comunicaciones de acciones desarrolladas de acuerdo con los fines del COPEX</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo la cesión de mi imagen para su publicación en la web corporativa/revista y redes sociales del COPEX</p>

SOLICITA: Su inscripción como colegiado/a en el Colegio Oficial de Psicólogos de Extremadura, con el compromiso formal de entregar la documentación requerida de forma presencial en el Colegio para su cotejo según lo establecido legalmente.

Méridade de 200...

Firma: