



ESTUDIANTES ASOCIADOS

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

DATOS ACADEMICOS	GRADO/UNIVERSIDAD	AÑO DE INICIO	CURSO
-------------------------	-------------------	---------------	-------

ESTUDIANTES	Número de Asociado/a	Fecha de Alta
--------------------	----------------------	---------------

PROTECCION DE DATOS	<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 asociad@ en el Colegio Oficial de Psicología 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 202..

Firma:

SRA. DECANA DEL COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGIA DE EXTREMADURA