

INSTRUCCIONES DEL PROCESO DE COLEGIACIÓN

1. Se solicita la inscripción en el Colegio (mediante los impresos de colegiación), aportando la documentación necesaria (en función de la situación personal del/a solicitante: Diplomado en Logopedia o solicitud de traslado de expediente desde otro Colegio de ámbito nacional) y abonando las tasas correspondientes (inscripción o traslado de expediente) y la cuota anual (sólo se ingresará esta cuota el primer año, los años siguientes se domiciliará recibo).

2. Los documentos se enviarán por correo certificado o se entregarán en la sede del Colegio (con CITA PREVIA concertada por mail).

Colegio de Logopedas de Castilla y León

Calle Maestro Ricardo nº6, bajo 09002 - BURGOS.

T. 696191535. Mail: secretaria@logopedascyl.es

3. Una vez evaluada la solicitud de inscripción, ésta se aceptará o negará en función de los requisitos de admisión al Colegio (según establece la Ley 1/2005 de 23 de marzo, de creación del Colegio Profesional de Logopedas de Castilla y León y los Estatutos actuales vigentes).

4. Si la solicitud de inscripción es aceptada, el CPLCYL procederá a tramitar el alta en el Colegio. DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Impreso de solicitud de inscripción, ANEXO I, ANEXO II, ANEXO III y ANEXO IV, debidamente cumplimentados y firmados.
- Fotocopia compulsada del DNI. y del título de diplomado o graduado en Logopedia.
- Resguardo de ingreso bancario de abono de tasas correspondientes y de la cuota anual del primer año (los siguientes se domicilian).
- 2 Fotografías tamaño carnet.

Para aclarar y ampliar información sobre el proceso de colegiación o del Colegio en general puedes ponerte en contacto en el teléfono 696191535 o enviar un correo a secretaria@logopedascyl.es

www.logopedascyl.es

COLEGIO PROFESIONAL DE
LOGOPEDAS DE CASTILLA Y LEÓN

Nº DEL COLEGIACIÓN _____
Fecha de inscripción _____

RELLENE ESTE IMPRESO CON LETRA MAYÚSCULA

APELLIDOS Y NOMBRE _____

D.N.I _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____

PROVINCIA _____

TEL. FIJO PARTICULAR _____ TEL. MÓVIL _____

E-MAIL _____

LUGAR DE TRABAJO _____ TEL. _____

EXPONE:

Que su situación académica y/o profesional es:

A	Diplomado en LOGOPEDIA / Logopeda
B	Otros títulos
C	Reconocimiento de la colegiación en otro colegio en situación de ALTA
D	Reconocimiento de la colegiación en otro colegio en situación de BAJA

SOLICITA:

La admisión en el Colegio Profesional de Logopedas de Castilla y León como:

Ejerciente No Ejerciente Estudiante de Cuarto Curso

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma.

COLEGIO PROFESIONAL
DE LOGOPEDAS DE CASTILLA Y LEÓN

-ANEXO I

El solicitante, a efectos de justificar que reúne las condiciones legales precisas establecidas en la ley 1/2005 de 23 de marzo, acompaña la siguiente documentación:

- a) Hoja de solicitud cumplimentada
- b) Fotocopia compulsada del D.N.I.
- c) Fotocopia compulsada del Título Universitario de Diplomado en Logopedia / Logopeda o título extranjero equivalente, verificado u homologado o, en su defecto, fotocopia compulsada del recibo de pago de tasas para la expedición del Título.
- d) Resguardo bancario del ingreso de las tasas de inscripción y de colegiación y de la cuota anual en una de las cuentas del Colegio, en donde conste el nombre de quien realiza el ingreso y “cuota tasas” en el concepto.

Banco Sabadell: ES58-0081-7130-3100-0221-6330

A/CUOTA ANUAL EJERCIENTES	120€
B/ CUOTA ANUAL NO EJERCIENTES	100€
C/ CUOTA ESTUDIANTE 4º CURSO	70€
TASAS INICIO DE EXPEDIENTE	20€
TRASLADO DE EXPEDIENTE	60€

- e) Dos fotografías tamaño carnet.

Sus datos van a ser informatizados con arreglo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, y en el Reglamento 2016/679 (UE).

En _____, a _____ de _____ de

Firma del Solicitante _____

A LA PRESIDENCIA DEL COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA Y LEÓN

Calle Maestro Ricardo 6, bajo - 09002 – Burgos Tel. 696191535

Mail: secretaria@logopedascyl.es – www.logopedascyl.es

AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS A ENTIDADES BANCARIAS Y ASEGURADORAS

Con la finalidad de realizar el cobro correspondiente a las cuotas de colegiación al Colegio Profesional de Logopedas de Castilla y León, éste utilizará una base de datos que permite realizar con las entidades bancarias los trámites correspondientes. Dado que en dicha base de datos figura información identificativa de los colegiados y de su cuenta bancaria, es necesario obtener la previa autorización del interesado para transferir en formato electrónico dichos datos (artículo 6.1 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE: “Reglamento general de protección de datos”) de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDPGDD). “Los datos de carácter personal objeto del tratamiento sólo podrán ser comunicados a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario con el previo consentimiento del interesado”.

Igualmente es necesaria la autorización para poder ceder los datos imprescindibles a las entidades aseguradoras para la contratación de seguros para nuestros colegiados. Le informamos por tanto de la existencia de dicha base de datos sobre la que podrá ejercer derechos de información, acceso, oposición, rectificación y cancelación de datos previstos en la Ley y le solicitamos que autorice al Colegio Profesional de Logopedas de Castilla y León a transferir los datos necesarios en formato electrónico a la entidad bancaria BANCO SABADELL ATLÁNTICO o a la que en un futuro pudiera ser colaboradora de este Colegio- y, a su vez, a comunicarlos a la entidad bancaria en la que tenga domiciliada su cuenta con el objeto de que se pueda proceder a los cobros de cuotas correspondientes a su colegiación. Igualmente para transferir los datos imprescindibles a la entidad aseguradora que en un futuro pudiera ser colaboradora en este Colegio. Para ello es suficiente que rellene y firme el formulario de la segunda mitad de esta hoja y la remita completa, junto al resto de la solicitud, al Colegio Profesional de Logopedas de Castilla y León, Calle Maestro Ricardo Nº 6 – Bajo, (09002) Burgos.

IMPRESO DE AUTORIZACIÓN DE CESIÓN DE DATOS

D/Dña _____ con DNI _____, autoriza al Colegio Profesional de Logopedas de Castilla y León a transferir sus datos en formato electrónico a la entidad bancaria BANCO SABADELL ATLÁNTICO -o a la que en un futuro pudiera ser colaboradora de este Colegio- , y para que éstos puedan a su vez ser comunicados a la entidad bancaria en la que está domiciliada mi cuenta, con el objeto de que se pueda proceder a los cobros correspondientes a las cuotas colegiales. Igualmente autorizo la cesión de los datos imprescindibles a la compañía que en un futuro pudiera firmar concierto con este Colegio para poder contratar los Seguros que crean oportunos para los colegiados.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____.

Fdo.

AUTORIZACIÓN LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL .

En virtud de lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), y en la LEY ORGÁNICA 3/2018, DE 5 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS DIGITALES le informamos que el Responsable del Tratamiento es el COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA Y LEÓN. Con la finalidad de cumplir con lo establecido en la norma anteriormente mencionada, le comunicamos que sus datos serán tratados por el CPLCYL con las siguientes finalidades:

- Tramitación de la colegiación;
- Gestión a nivel interno del colegio: mantener al colegiado informado de los cursos de formación como aquellas novedades que puedan ser de interés;
- Gestión y cobro de las cuotas anuales de colegiación, para lo cual se ha solicitado ya la correspondiente autorización.

Como consecuencia de todo esto, se le informa que la entrega voluntaria de los datos tiene su base legal, entre otras, en la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales. Igualmente le informamos que los destinatarios de sus datos serán el propio Colegio y la Aseguradora "W.R.Berkley España" en su caso, dependiendo del alta que solicita, y la entidad Banco Sabadell, así como el resto de colegiados y usuarios mediante la publicación de los mismos en la página web del CPLCYL, siempre que se autorice expresamente. El plazo de conservación de los datos personales será durante el tiempo estrictamente necesario para cumplir con la finalidad para la que se obtuvieron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Le informamos por otro lado, que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición ante el Responsable del Tratamiento, por escrito y a la siguiente dirección: Calle Maestro Ricardo Nº 6 (Bajo), 09002 Burgos. Asimismo, se le hace saber de su derecho a retirar en cualquier momento este consentimiento prestado para tratar sus datos, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento. Finalmente le recordamos, por imperativo legal, su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, si considerara que el tratamiento de datos no es acorde a la normativa europea. Así mismo le informamos que de acuerdo al RGPD, el consentimiento deberá ser explícito e inequívoco, y para que así conste el mismo, se firma el presente documento:

En _____, a _____ de _____ de

Firma del Solicitante _____



-ANEXO IV- (Hoja 1 de 1)

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR DATOS PERSONALES EN LA PÁGINA WEB DEL COLEGIO

Yo,....., con D.N.I....., doy mi consentimiento expreso al Colegio Profesional de Logopedas de Castilla y León con C.I.F. Q0901214G y domicilio en Calle Maestro Ricardo Nº 6, a publicar en la página web del colegio los siguientes datos:

NOMBRE Y APELLIDOS.....

DNI..... Nº COLEGIADO..... TELÉFONO.....

DIRECCIÓN QUE DESEA HACER CONSTAR.....

LOCALIDAD..... PROVINCIA.....

ESTUDIOS REALIZADOS.....

OTROS ESTUDIOS QUE QUIERA HACER CONSTAR.....

.....

EMAIL.....

Firmado.

En.....a.....de..... del 20....

A LA PRESIDENCIA DEL COLEGIO PROFESIONAL DE LOGOPEDAS DE CASTILLA Y LEÓN

Calle Maestro Ricardo 6, bajo - 09002 – Burgos Tel. 696191535

Mail: secretaria@logopedascyl.es – www.logopedascyl.es

