FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

ATENCIÓN: ESTE FORMULARIO Y SUS DOCUMENTOS ANEXOS PODRAN ENVIARSE POR VIA TELEMATICA EN FORMATO PDF A *INFO@CODNIB.ES*, SIEMPRE QUE CONTENGAN UNA FIRMA DIGITAL RECONOCIDA, POR EJEMPLO LA INCLUIDA EN SU DNI ELECTRÓNICO. LOS DOCUMENTOS SIN FIRMA DIGITAL ENVIADOS POR VIA TELEMÁTICA CARECEN DE VALOR A EFECTOS DE COLEGIACIÓN.

Col·legi Oficial de Dietistes-Nutricionistes de les Illes Balears

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PARA FORMALIZAR SU ADMISIÓN, DEBE ENVIAR ESTA SOLICITUD CUMPLIMENTADA **POR CORREO CERTIFICADO**, JUNTO CON UNA FOTOCOPIA COMPULSADA DEL **TÍTULO OFICIAL DE NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA**, DEL RESGUARDO DE HABER ABONADO LOS DERECHOS DEL TÍTULO O DE DOCUMENTO OFICIAL QUE ASIMILE LA TITULACIÓN EXTRANJERA AL TÍTULO OFICIAL DE NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA, ASÍ COMO LOS DOCUMENTOS SIGUIENTES SI NO LO HA HECHO YA EN FORMATO TELÁMATICO:

- FOTOCOPIA DEL **DNI**, PASAPORTE O NIE.
- FOTOCOPIA DEL **RECIBO** ACREDITATIVO DEL **PAGO DE LAS TASAS** EN CONCEPTO DE INSCRIPCIÓN **(87€)**, MEDIANTE INGRESO BANCARIO EN EL Nº DE CUENTA: **ES43-0081-0478-75-0001070316**
- **ADICIONAL PARA EJERCIENTES:** ACREDITACIÓN DE DOMICILIO FISCAL EN EL ÁMBITO DE ILLES BALEARS MEDIANTE DOCUMENTO VÁLIDO EN DERECHO, COMO: CERTIFICADOS DE EMPRESA, RECIBO PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL, ALTA CENSAL EN AGENCIA TRIBUTARIA, INFORME DE VIDA LABORAL, NÓMINA O CONTRATO,…
- **ADICIONAL PARA NO EJERCIENTES:** CERTIFICADO DE RESIDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓMONA DE ILLES BALEARS (EN CASO DE TENER EL DOMICILIO DEL DNI, PASAPORTE O NIE EN UNA LOCALIDAD NO PERTENECIENTE A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA). SI OPTA POR EL ENVIO POSTAL, DEBE REMITIR LA DOCUMENTACIÓN POR CORREO CERTIFICADO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE ILLES BALEARS (CODNIB). ENRIC ALZAMORA, 6 3º 4ª. 07002 PALMA

LOS ESPACIOS SOMBREADOS SERÁN RELLENADOS POR EL COLEGIO. LA JUNTA DE GOBIERNO RESOLVERÁ SU ADMISIÓN EN LA PRIMERA REUNIÓN QUE SE CELEBRE, POSTERIOR A LA FECHA DE RECEPCIÓN DE SU SOLICITUD

NUMERO DE COLEGIADA | | | | | | |

FECHA DE ALTA | | | |

DATOS PERSONALES[1]

APELLIDOS			
NOMBRE		DNI	

DATOS BANCARIOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA CUENTA

APELLIDOS			
NOMBRE		DNI	

I.B.A.N.: ES□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□

FIRMA AUTORIZANDO EL CARGO EN SU CUENTA DE LAS CANTIDADES APROBADAS EN ASAMBLEA GENERAL

FIRMA AUTORIZADA EN LA CUENTA

CUOTA DE INSCRIPCIÓN ÚNICA	**87,00€**
CUOTA ANUAL PARA EJERCIENTES (EN TRES PAGOS: ENERO-MAYO Y SEPTIEMBRE)	**255.00€**
CUOTA ANUAL PARA NO EJERCIENTES (EN TRES PAGOS: ENERO-MAYO Y SEPTIEMBRE)	**105.00€**
CUOTA ÚNICA PARA TRASLADO DE EXPEDIENTES*	**30,00€**

* COLEGIADAS PROCEDENTES DE OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y QUE ESTABLEZCAN EN BALEARS SU RESIDENCIA Y/O LUGAR DE TRABAJO PRINCIPAL, A EXCEPCIÓN DE LAS PROCEDENTES DE CATALUÑA, CUYO COLEGIO PROFESIONAL NO ACEPTA TRASLADOS DE EXPEDIENTES. ESTAS COLEGIADAS ESTARÁN EXENTAS DE LA CUOTA DE INSCRIPCIÓN. ESTA MISMA MEDIDA SE APLICARÁ TAMBIÉN A LAS DIETISTAS-NUTRICIONISTAS ASOCIADAS A ASOCIACIONES AUTONÓMICAS DE DN QUE HAYAN SOLICITADO LA CREACIÓN DEL COLEGIO PROFESIONAL EN SU COMUNIDAD.

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS DE ESTE FORMULARIO Y DEL TRAMITADO VÍA TELEMÁTICA, INCLUIDAS LAS DECLARACIONES JURADAS, SON CIERTOS, Y PARA QUE CONSTE:	**FIRMA (NOMBRE, APELLIDOS Y RÚBRICA)**

EN _____ , A _____ DE _____ DE _____

Responsable: Identidad: CODNIB - NIF: Q0700534A Dir. postal: ENRIC ALZAMORA 6, 3º 4ª Teléfono: 971716864 Correo elect: info(at)codnib.es "El CODNIB trata la información que nos facilita con el fin de prestarles los servicios para mantenerle informado de todo lo relacionado con la profesión, así como gestionar la facturación de las cuotas. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga su inscripción en el CODNIB o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal o a los que usted haya autorizado expresamente. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en CODNIB estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios.

1Es obligatorio informar al Colegio de los posibles cambios que se produzcan en sus datos personales y profesionales en un período no superior a sesenta días desde el momento del cambio.

ACADEMIA ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: MIEMBROS CORRESPONDIENTES

Por ser miembro de una de las asociaciones o colegios miembros del CGDNE tiene derecho a un descuento del 50% en la cuota anual de la Academia Española de Nutrición y Dietética. Si cumplimenta esta solicitud, su entidad se encargará de tramitar el alta en la Academia, con el objetivo de facilitarle los trámites.

DATOS PERSONALES:

Apellidos: _____ _____

Nombre: _____

DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Nº ____ Planta ____ Puerta ____

Código Postal: _____ Población: _____

Provincia: _____ Comunidad autónoma: _____

Teléfonos: _____ _____ e-mail: _____

Twitter*: _____ Facebook*: _____

* campos opcionales. Resto obligatorios.

DATOS BANCARIOS: La persona solicitante debe ser titular de la cuenta

IBAN				Entidad				Oficina				DC		Nº cuenta									

Firma solicitando la incorporación a la Academia, autorizando a su asociación o colegio autonómico a que tramite la misma y autorizando a la Academia el cargo en su cuenta de las cantidades aprobadas por el Patronato de la Academia.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Importe de la cuota para el año 2017 (se girará en dos plazos, en enero y julio) para miembros correspondientes colegiados o asociaciones de D-N: 50€

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales proporcionados son confidenciales y formarán parte de nuestro fichero de "Gestión", con la finalidad de gestionar su alta como MIEMBRO CORRESPONDIENTE de la Academia, para poderse beneficiar de los servicios que presta la ACADEMIA, así como remitirle comunicaciones y publicaciones informativas y comerciales, inclusive por medios electrónicos.
Con la finalidad de mantener actualizados los datos, el interesado deberá comunicar cualquier cambio que se produzca sobre los mismos. Podrá hacerlo mediante correo electrónico a secretaria@academianutricion.org
En cualquier caso, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la ley dirigiéndose a ACADEMIA ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA -Responsable de Protección de Datos- C/ Luis Morondo nº 4, oficina 5, 31006, de Pamplona, junto a una copia de su DNI.

FORMULARIO DE TRASLADO DE EXPEDIENTE

Col·legi Oficial de
Dietistes-Nutricionistes
de les Illes Balears

D./Dña: …….., con D.N.I. …… MANIFIESTA que es miembro de la Asociación / Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de la Comunidad Autónoma de ……, con el número de colegiado/a .....

SOLICITA que sea trasladado su expediente al Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Illes Balears y por ello, AUTORIZA la realización de un intercambio de documentación entre las entidades de origen y destino del expediente.

Se COMPROMETE a aportar la documentación que el Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Illes Balears pueda solicitarle con el objeto de completar el expediente.

El firmante solicita su incorporación al Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Illes Balears

El firmante ha leído y comprende la información referente a la protección de datos personales incluida en esta solicitud.

<u>Motivo por el cual solicita el traslado de expediente</u>

- ☐ Traslado por motivos laborales.
- ☐ Traslado por motivos personales
- ☐ Otros (por favor, indique cual).....

En _____, a __ de _____ de 20__

Firma