



**COLEGIO PROFESIONAL
DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE ARAGÓN**

Aviso Legal.-

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos serán incorporados a la base de datos de "COLEGIADOS" perteneciente al colegio, cuya existencia ha sido previamente comunicada a la Agencia Española de Protección de Datos.

El uso de sus datos personales tendrá carácter confidencial y se emplearán exclusivamente para poder prestarle nuestros servicios, así como para hacerle llegar información de las actividades del colegio. La persona interesada, en lo que concierne a los datos personales que figuran en este formulario, autoriza expresamente a COLEGIO PROFESIONAL DE DIETISTAS – NUTRICIONISTAS DE ARAGÓN, a utilizarlos para informar sobre sus actividades y servicios ofrecidos por el colegio. Dichos datos se encuentran almacenados en un archivo físico y en el sistema informático del colegio, situada en la calle Jerónimo Blancas 4 1ºB oficina 2.

Los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación de estos datos pueden ser ejercitados ante COLEGIO PROFESIONAL DE DIETISTAS – NUTRICIONISTAS DE ARAGÓN, en la calle Jerónimo Blancas 4 1ºB oficina 2.

Los datos recabados por COLEGIO PROFESIONAL DE DIETISTAS – NUTRICIONISTAS DE ARAGÓN no se comunicarán a terceros sin su consentimiento, excepto en aquellos casos en los que esté permitido por el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, y sea necesario para la correcta prestación de nuestros servicios.

He leído y acepto el aviso legal:

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN COLEGIO PROFESIONAL DE
DIETISTAS – NUTRICIONISTAS DE ARAGÓN



Pegar una
fotografía reciente

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PARA FORMALIZAR SU ADMISIÓN, DEBE ENVIAR ESTA SOLICITUD CUMPLIMENTADA, JUNTO CON:

- FOTOCOPIA DEL **DNI**, PASAPORTE O NIE.
- 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. PARA ASOCIADOS Y ASOCIADAS DE CODNA, NO SERÁ NECESARIO EL CUMPLIMIENTO DE ESTE PUNTO, EXCEPTO PARA AQUELLOS/ AS QUE LO FUESEN EN CALIDAD DE ESTUDIANTES.
- FOTOCOPIA DEL **RECIBO ACREDITATIVO DEL PAGO DE LAS TASAS DEL COLEGIO** EN CONCEPTO DE INSCRIPCIÓN, MEDIANTE INGRESO BANCARIO EN EL Nº DE CUENTA: **2086-0011-41-3300449219**
- **PARA EJERCIENTES:** ACREDITACIÓN DE DOMICILIO FISCAL EN EL ÁMBITO DE ARAGÓN 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,...
- **PARA NO EJERCIENTES:** CERTIFICADO DE RESIDENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN (EN CASO DE TENER EL DOMICILIO DEL DNI, PASAPORTE O NIE EN UNA LOCALIDAD NO PERTENECIENTE A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN)
- **DECLARACIÓN JURADA** EN LA QUE SE AFIRME **NO ESTAR INHABILITADO/A, NI SUSPENDIDO/A**, PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE DIETISTA-NUTRICIONISTA, POR SENTENCIA JUDICIAL FIRME O POR SANCIÓN DISCIPLINARIA EN OTRO COLEGIO PROFESIONAL. (**MODELO 1**)
- **EN CASO DE HABER ESTADO COLEGIADO/A CON ANTERIORIDAD** EN ÉSTE O EN OTRO COLEGIO OFICIAL, **DECLARACIÓN JURADA DE ENCONTRARSE AL CORRIENTE DE SUS OBLIGACIONES** CON LOS MISMOS. (**MODELO 2**)
- **EN CASO DE HABER MARCADO LA OPCIÓN DE COLEGIADO/A NO EJERCIENTE**, **DECLARACIÓN JURADA DE ENCONTRARSE EN ESA SITUACIÓN.** (**MODELO 3**)
- SI ESTÁ INTERESADO EN LA **BOLSA DE TRABAJO**, DEBERÁ APORTAR LA SOLICITUD ANEXADA DE INCORPORACIÓN A LA BOLSA DE TRABAJO, CUMPLIMENTADA Y UN CV ACTUALIZADO.

PUEDE ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

COLEGIO PROFESIONAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE ARAGÓN (CPDNA)
C/JERONIMO BLANCAS Nº4, 1B
50001 ZARAGOZA

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

NUMERO DE COLEGIADO

FECHA DE ALTA

DATOS PERSONALES¹

APELLIDOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/>
DIRECCIÓN	<input type="text"/>	NUM. <input type="text"/> PISO <input type="text"/> PUERTA <input type="text"/>
CÓDIGO	<input type="text"/>	POBLACIÓN <input type="text"/>
TELÉFONOS	<input type="text"/>	E-CORREO <input type="text"/>

SOLICITUD DE ADMISIÓN

EJERCIENTE (AMBITO NUTRICIÓN, DIETÉTICA Y/O ALIMENTACIÓN)

NO EJERCIENTE²

¹ Es 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.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA BOLSA DE TRABAJO



Pegar una
fotografía reciente

DATOS DE CONTACTO

APellidos			
Nombre		Fecha de nacimiento	
Dirección		NUM.	<input type="text"/> PISO <input type="text"/> PUERTA <input type="text"/>
Código		POBLACIÓN	
Teléfonos		E-CORREO	

DATOS PROFESIONALES

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

EN PARO TRABAJADOR POR CUENTA AJENA TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA

OTRAS MODALIDADES (INDICAR) _____

TIPO DE ACTIVIDAD ACTUAL

HOSPITALARIA Y/O A. PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	INDUSTRIA ALIMENTARIA	<input type="checkbox"/>	DOCENCIA	<input type="checkbox"/>
CONSULTA PRIVADA	<input type="checkbox"/>	RESTAURACIÓN COLECTIVA	<input type="checkbox"/>	INVESTIGACIÓN	<input type="checkbox"/>
S. PÚBLICA Y N. COMUNITARIA	<input type="checkbox"/>	SOCIO SANITARIA	<input type="checkbox"/>	OTRAS (INDICAR)	<input type="checkbox"/>

TIPO DE ACTIVIDAD DESEADA

	(ORDEN DE PREFERENCIA)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
HOSPITALARIA Y/O ATENCIÓN PRIMARIA										
CONSULTA PRIVADA										
SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN COMUNITARIA										
INDUSTRIA ALIMENTARIA										
RESTAURACIÓN COLECTIVA										
SOCIO SANITARIA										
DOCENCIA										
INVESTIGACIÓN										
OTRAS (INDICAR)										

OTROS DATOS

IDIOMAS	BAJO	MEDIO	ALTO	INFORMÁTICA	BAJO	MEDIO	ALTO
	CATALÁN				WORD		
INGLÉS				EXCEL			
ALEMÁN				ACCESS			
FRANCÉS				POWERPOINT			
OTROS				SPSS			
				INTERNET			

CARNET DE CONDUCIR	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	VEHÍCULO PROPIO	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	DISP. PARA VIAJAR	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------	-----------------------------	-----------------------------

D. DÑA. /NOMBRE, APELLIDOS Y FIRMA)

EN _____, A _____ DE _____ DE _____

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos que los datos que usted facilita en el "Formulario de inscripción", quedarán incorporados en los ficheros automatizados de CODNA. Los datos facilitados serán tratados de forma totalmente confidencial y, según todas las medidas de seguridad establecidas por la Ley. CODNA en cumplimiento con los acuerdos de colaboración suscritos en el Pacto de Barcelona compartirá sus datos con la AEDN exclusivamente para usos relacionados con la Nutrición, Dietética y Alimentación. En todo momento puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y revocación del consentimiento para la cesión de sus datos en los términos previstos en la referida Ley. En caso de querer darse de baja deberá rellenar el formulario de baja, acreditando su identidad y devolviendo el carné de colegiado o colegiada.

FORMULARIO DE ADHESIÓN AL SEGURO DE R. CIVIL PROFESIONAL AEDN



GRUPO GALILEA



APellidos*			
Nombre*		NIF*	
DIRECCIÓN PROFESIONAL*			
C. POSTAL*		POBLACIÓN Y PROVINCIA*	
TELÉFONO		MÓVIL	FAX
MIEMBRO DE*	<input type="checkbox"/> AEDN <input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN AUTONÓMICA DE <input type="text"/> <input type="checkbox"/> COLEGIO OFICIAL DE D-N DE <input type="text"/>		
NUM. DE* SOCIO/COLEGIADO	<input type="text"/>		

SOLICITO: SER INCLUIDO COMO ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL QUE LA AEDN HA SUSCRITO CON FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA. ASIMISMO, QUEDO INFORMADO DE QUE ESTE SEGURO ÚNICAMENTE AMPARA LA ACTIVIDAD DE DIETISTA-NUTRICIONISTA EN CUALQUIERA DE LOS PERFILES PROFESIONALES INCLUIDOS EN LA PÓLIZA, HASTA UNA SUMA ASEGURADA POR SINIESTRO Y AÑO DE 600.000 € POR CADA PROFESIONAL. SE ESTABLECE UN SUBLÍMITE POR VÍCTIMA DE 150.000 €, ASÍ COMO UN LÍMITE TOTAL ANUAL AGREGADO PARA EL CONJUNTO DE LOS ASOCIADOS DE 3.000.000 €. EL SEGURO NO TIENE FRANQUICIA.

ACEPTO:

- QUE MI SOLICITUD SERÁ EFECTIVA, EN TÉRMINOS DE COBERTURA A LAS 72 HORAS DE LA RECEPCIÓN DE LA MISMA EN LAS DEPENDENCIAS DE LA AEDN.
- LAS CLÁUSULAS DE COBERTURA Y LOS LÍMITES CITADOS Y/O QUE APARECEN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, GENERALES Y ESPECIALES DEL SEGURO.

AUTORIZO: A LA AEDN QUE GIRE 150 € (OSU IMPORTE PRORRATEADO A LA FECHA DE FIRMA, EN CASO DE COBERTURA INFERIOR A UN AÑO) A LA CUENTA SIGUIENTE EN CONCEPTO DE DERRAMA POR EL COSTE ANUAL DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

ENTIDAD*	OFICINA*	Dc*	NUM. CUENTA/ LIBRETA*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA*

EN _____, A _____ DE _____ DE _____

ENVIAR:
 POR **FAX** AL 93 487 53 12 **O** POR **CORREO** A CONSELL DE CENT 314, PRAL B. CP 08007. BARCELONA.
SOLICITUD TELEMÁTICA EN: <http://www.esbroker.com>

IMPORTANTE:
 SÓLO PODRÁN SOLICITAR Y MANTENER COBERTURA EN ESTE SRC LOS SOCIOS NUMERARIOS DE LA AEDN QUE ESTÉN AL CORRIENTE DE PAGO DE CUOTAS. LA SOLICITUD DE BAJA DE LA AEDN IMPLICA LA PÉRDIDA DEL DERECHO A LA RENOVACIÓN DEL SRC. LA DERRAMA EN CONCEPTO DE SRC NO ES RETURNABLE.
 * CAMPOS OBLIGATORIOS. LAS SOLICITUDES SIN FIRMA CARECEN DE VALIDEZ

En cumplimiento de la Ley de Protección de Datos (LOPD), se le informa que los datos facilitados quedarán incorporados en los ficheros de AEDN, con la finalidad de proporcionar información relativa a la profesión y a las posibles cuestiones derivadas de este SRC. Los datos facilitados serán tratados según las medidas de seguridad establecidas por la Ley y no serán utilizados para otros fines que los descritos. En todo momento puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y revocación del consentimiento para la cesión de sus datos en los términos previstos en la referida Ley.

Consulta técnicas: Corredurías Grupo Galilea: 934 145 151 y Lluch & Juelich: 971 135 130



DECLARACIÓN (MODELO 1)

D/DÑA

, MAYOR DE EDAD, CON DNI/NIF

, DOMICILIO EN LA POBLACIÓN DE

CALLE/AVENIDA/PLAZA

Y TELÉFONOS

, A LOS EFECTOS DE SU VALIDEZ COMO DECLARACIÓN JURADA PARA LA ADMISIÓN EN EL COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE ARAGÓN (CODNA)

DECLARA BAJO JURAMENTO

NO ESTAR INHABILITADO O INHABILITADA, NI SUSPENDIDO O SUSPENDIDA, PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE DIETISTA-NUTRICIONISTA, POR SENTENCIA JUDICIAL FIRME O POR SANCIÓN DISCIPLINARIA EN OTRO COLEGIO PROFESIONAL. SI LLEGADO EL CASO, SE REQUIRIERAN DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN, SE COMPROMETE A APORTAR LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO CERTIFIQUE.

D. DÑA. /NOMBRE, APELLIDOS Y FIRMA)

EN _____, A _____ DE _____ DE _____



DECLARACIÓN (MODELO 2)

D/DÑA _____, MAYOR DE EDAD, CON DNI/NIF _____
_____, DOMICILIO EN LA POBLACIÓN DE _____
CALLE/AVENIDA/PLAZA _____ Y TELÉFONOS _____
, A LOS EFECTOS DE SU VALIDEZ COMO DECLARACIÓN JURADA PARA LA ADMISIÓN EN EL COLEGIO OFICIAL DE
DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE ARAGÓN (CODNA)

DECLARA BAJO JURAMENTO

ESTAR AL CORRIENTE DE SUS OBLIGACIONES ANTE ESTE U OTROS COLEGIOS PROFESIONALES A LOS QUE HA
PERTECIDO HASTA EL DÍA DE HOY. SI LLEGADO EL CASO, SE REQUIERAN DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTA
DECLARACIÓN, SE COMPROMETE A APORTAR LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO CERTIFIQUE.

D. DÑA. /NOMBRE, APELLIDOS Y FIRMA)

EN _____, A _____ DE _____ DE _____



DECLARACIÓN (MODELO 3)

D/DÑA

, MAYOR DE EDAD, CON DNI/NIF

, DOMICILIO EN LA POBLACIÓN DE

CALLE/AVENIDA/PLAZA

Y TELÉFONOS

, A LOS EFECTOS DE SU VALIDEZ COMO DECLARACIÓN JURADA PARA LA ADMISIÓN EN EL COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE ARAGÓN(CODNA)

DECLARA BAJO JURAMENTO

NO ESTAR EJERCENDO LA PROFESIÓN DE DIETISTA-NUTRICIONISTA NI CUALQUIER OTRO EMPLEO DEL ÁMBITO DE LA NUTRICIÓN HUMANA, DIETÉTICA Y ALIMENTACIÓN PARA LOS QUE CAPACITA SU FORMACIÓN ACADÉMICA EN ESTE CAMPO. SI LLEGADO EL CASO, SE REQUIRIERAN DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN, SE COMPROMETE A APORTAR LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO CERTIFIQUE, POR LO QUE ASUME SU RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL EN CASO DE QUE SE DEMOSTRASE LO CONTRARIO. ASIMISMO, SE COMPROMETE A FACILITAR AL COLEGIO DE FORMA INMEDIATA, EL CAMBIO DE SITUACIÓN LABORAR PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

D. DÑA. /NOMBRE, APELLIDOS Y FIRMA)

EN _____, A _____ DE _____ DE _____