



**A RELLENAR POR EL COLEGIO OFICIAL:**

Nº Colegiado del Profesional designado: \_\_\_\_\_

**ACEPTACIÓN DEL PROFESIONAL:**

Firma y Fecha:

Alicante, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sr./a Presidente/a del Colegio Oficial de Trabajo Social de Alicante.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, el/la interesado/a queda informado/a de que los datos proporcionados formarán parte de un fichero cuya única finalidad es la gestión de su solicitud. El responsable del fichero es el COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE ALICANTE, con domicilio en la calle Pintor Murillo 27-29, de Alicante (03004), en donde podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que legalmente le asisten.