



COLEGIO OFICIAL DE DOCTORES Y LICENCIADOS EN BELLAS ARTES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
T 683 223 290 | bb-aa@provicom.com | cobaval@cobaval.org | www.cobaval.org

ILMO. SR. DECANO

Don / Doña
Titulado por la Facultad de Bellas Artes de
Registro Libro Fecha

SOLICITA

Ser admitido en el Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Bellas Artes de la Comunidad Valenciana.

Fecha:

Firma:

Nació en Provincia Fecha
Domicilio Nº. Pta. Teléfono
Localidad C.P. Provincia DNI
E-mail
Número de Colegiado Fecha de ingreso en el Colegio

DOMICILIO PAGOS:

Entidad
Calle Nº. Localidad
Provincia Entidad Suc. D.C. c/c ó libreta.....
Titular de la c/c ó libreta

COLEGIO OFICIAL DE DOCTORES Y LICENCIADOS EN BELLAS ARTES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
T 683 223 290 | bb-aa@provicom.com | cobaval@cobaval.org | www.cobaval.org

DERECHOS DE COLEGIACIÓN

Don / Doña
cuyo número de colegiado es el , ha satisfecho la cantidad de en concepto de cuota de ingreso correspondiente a los derechos de colegiación.

Fecha:

PROTECCIÓN DE DATOS

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y el RGPD, le informamos que los datos que nos ha facilitado tienen como finalidad su colegiación. Dichos datos se incorporarán a un fichero para uso del Colegio, cuyo responsable es el Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Bellas Artes de la Comunidad Valenciana, con domicilio en la calle Pintor Vilar, 1 - 46010 Valencia; la negativa a facilitar los datos solicitados conllevará la imposibilidad de su colegiación. Todos los ficheros a nombre del Colegio están inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos.

Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación/supresión, portabilidad, limitación u oposición del tratamiento de los datos facilitados por usted, deberá dirigirse por escrito, acompañando fotocopia del carnet de colegiado, a la dirección del responsable del fichero, cobaval@cobava.org.

Él/la abajo firmante declara que los datos personales indicados anteriormente son ciertos, y de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y el RGPD, otorga su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos personales, con el fin de llevar a cabo su colegiación.

Fecha:

Firma:

Nombre y apellidos:

DNI:

Nota: La cumplimentación de este documento no es suficiente para la inscripción de su colegiación, deberá recibir confirmación por parte del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Bellas Artes de la Comunidad Valenciana