



## SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE

Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra

Nafarroako dietista-nutrizionisten elkargo ofiziala

**Nº Colegiado/ Elkargokide zenbakia:**

### **AVISO LEGAL/ Elkargokide zenbakia:**

En cumplimiento de las estipulaciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informa que los datos que usted facilita en la "Solicitud de traslado de expediente", quedarán incorporados en los ficheros automatizados del Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra/ Nafarroako Dietista-Nutrizionisten Elkargo Ofiziala (en adelante, CODINNA-NADNEO, cuya finalidad es la de proporcionar información relacionada en el campo profesional de la Alimentación y Nutrición.

Los datos facilitados serán tratados de forma totalmente confidencial y según todas las medidas de seguridad establecidas por la Ley, con el fin de evitar accesos y tratamientos no autorizados. Los datos facilitados no serán utilizados para otros usos que no sean estrictamente los relacionados con la Nutrición y Dietética.

CODINNA-NADNEO, en cumplimiento con los acuerdos de colaboración suscritos, compartirá sus datos con la Academia Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas Nutricionistas (CGDNE), exclusivamente para usos relacionados con la Nutrición y Dietética, favoreciendo de los servicios de estas entidades a los colegiados, sin coste añadido. En caso de no querer recibir información de alguna de estas entidades, señale la siguiente casilla:

No deseo que mis datos sean facilitados al Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas Nutricionistas y, por tanto, no deseo recibir información ni servicios del CGDNE.

No deseo recibir información de la industria alimentaria.

¿Ha sido socio/a de ADDENE?

SI NO

¿Es miembro correspondiente de la Academia Española de Nutrición y Dietética?

En todo momento puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la ley dirigiéndose a CODINNA-NADNEO C/ Luis Morondo nº4 entreplanta oficina 5 31006, Pamplona o al CGDNE – Avda. Maestro Rodrigo 95, 1ºA, 46015 de Valencia, adjuntando, en cualquier caso, una copia de su DNI.

En caso de querer darse de baja deberá rellenar formulario de baja, acreditando su identidad y devolviendo su carné de colegiado.

**AGIRIAK HELBIDE HONETARA BIDALI DITZAKEZU: / PUEDE ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:**

**COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS NAVARRA / NAFARROAKO DIETISTA-NUTRIZIONISTEN ELKARGO OFIZIALA**

**C/ LUIS MORONDO Nº4 ENTREPLANTA OFICINA 5 31006 PAMPLONA**

LOS ESPACIOS SOMBREADOS SERÁN RELLENADOS POR EL COLEGIO.

GUNE GRISAK ELKARGOAK BETEKO DITU.

LA JUNTA DIRECTIVA RESOLVERÁ SU ADMISIÓN EN LA PRIMERA REUNIÓN QUE SE CELEBRE, POSTERIOR A LA FECHA DE RECEPCIÓN DE SU SOLICITUD.

ZURE ESKARIA JASO ETA GERO, ZUZENDARITZA BATZORDEAK ZURE ONARPENA EBATZIKO DU, BURUTZEN DEN LEHENENGO BILKURAN.

En caso de solicitar la colegiación como ejerciente se informa sobre la obligatoriedad de poseer un Seguro de Responsabilidad Civil. Desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas se oferta un Seguro para Dietistas-Nutricionistas con unas condiciones especiales. <http://d-n.esbroker.es/>

Jaurdunean dagoena bezala izen emateko Giza Arduraren Asegurua izatea beharrezkoa da. CGD-NETik aseguru bat eskaintzen zaizue, Dietista-Nutrizionistentzat baldintza bereziak dituena. <http://d-n.esbroker.es/>



..... **Jaun/Andreak,**  
..... **N.A.N. zenbakia duena,**  
D./Dña: ....., con D.N.I.  
.....

..... **ko Autonomia-Erkidegoaren Dietista-Nutrizionisten Elkargo Ofizialaren kidea dela ADIERAZTEN DU, elkargokide zenbakia ..... izanez.**  
MANIFIESTA que es colegiada/o del Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de la Comunidad Autónoma de ....., con el número de colegiado/a .....

**Bere espedientea Euskal Autonomia Erkidegoko Dietista-Nutrizionisten Elkargo Ofizialara eraman dadila ESKATZEN DU eta horregatik,**  
SOLICITA que sea trasladado su expediente al Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas.....y por ello,

**Espedientearen jatorri eta norako entitateen arteko dokumentazio-trukea BAIMENTZEN DU.**  
AUTORIZA la realización de un intercambio de documentación entre las entidades de origen y destino del expediente.

**KONPROMISOA HARTZEN DU CODINNA-NADNEO espedientea osatzeko asmoz eska diezaiokeen dokumentazioa emateko.**  
Se COMPROMETE a aportar la documentación que ..... pueda solicitarle con el objeto de completar el expediente.

**Azpian sinatzen duenak CODINNA-NADNEO kide izatea eskatzen du. Azpian sinatzen duenak datuen babesari buruz emandako informazioa irakurri eta ulertzen du.**  
El firmante solicita su incorporación a ..... El firmante ha leído y comprende la información referente a la protección de datos personales incluida en esta solicitud.

D/Dña. **Jaun/Andrea**  
En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_ / \_\_\_\_\_-n, 20\_\_\_eko \_\_\_\_\_ren \_\_\_-a

**Sinadura / Firma**



## 1. NORBERAREN DATUAK / DATOS PERSONALES

Izen-Deiturak / Nombre y apellidos: .....

N.A.N. / D.N.I.: ..... **Jaiotze-data** / Fecha de nacimiento: .....

**Helbidea** / Domicilio: .....

**Posta kodea** / Código postal: ..... **Udalerrria** / Localidad: .....

**Lurralde** / Provincia: ..... **E-maila** / E-mail: .....

**Telefonoa** / Tfno. Fijo: ..... **Mugikorra** / Tfno. Móvil: .....

**Elkargokide mota** / Tipo de colegiado:

**Jardunean** / Ejerciente

**Ez jardunean** / No ejerciente

Karnet motako argazki egin berri bi. Atzealde argiz eginak, aurrera begira eta argazki-paperean. / Debe adjuntar 2 fotografías tipo carnet recientes. Realizadas con fondo claro, mirando al frente y en papel fotográfico.

## 2. LANAREN DATUAK / DATOS PROFESIONALES

Egungo lan egoera / Situación laboral actual:

**Langabezia** / En paro **Bere kontura** / Cuenta propia **Besteren konturako** / Cuenta ajena

**Enpresaren izena** / Nombre de la empresa: .....

**Laneko helbidea** / Domicilio profesional: .....

**Posta kodea** / Código postal: ..... **Udalerrria** / Localidad: .....

**Lurralde** / Provincia: ..... **E-maila** / E-mail: .....

**Telefonoa** / Tfno. Fijo: ..... **Mugikorra** / Tfno. Móvil: .....

Jarduera mota / Tipo de actividad:

**Ospitalekoa**

**Lehen mailako arreta**

**Kontsulta pribatua**

**Irakaskuntza eta ikerketa**

**Taldeentzako sukaldaritza**

**Elikagai-industria**

**Osasun publikoa eta Elikadura komunitarioa**

**Besteak (zehaztu)**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Hospitalaria

Atención primaria

Consulta privada

Docencia e investigación

Restauración colectiva

Industria alimentaria

Salud Pública y Nutrición Comunitaria

Otros (especificar)





## **DECLARACIÓN JURADA (ANEXO 1)**

**D/Dña** \_\_\_\_\_, mayor de edad,  
con D.N.I./N.I.F. \_\_\_\_\_, con domicilio en la población de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ calle/avenida/plaza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_, a los efectos de su validez como  
Declaración Jurada para la admisión en el Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas del  
País Vasco / (CODINNA / NADNEO),

### **DECLARO**

ESTAR AL CORRIENTE DE SUS OBLIGACIONES ante este u otros Colegios  
Profesionales a los que he pertenecido hasta el día de hoy.

Si llegado el caso, se requirieran datos para la comprobación de esta declaración,  
como declarante me comprometo a aportar la correspondiente documentación que así lo  
certifique

D. / Dña. (Nombre, apellidos y firma)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

FDO.:



## **DECLARACIÓN JURADA (ANEXO 2)**

(Cumplimentar si se solicita el alta como ejerciente / Jardunean dagoen elkargokidea dena bete beharrekoa)

**D/Dña** \_\_\_\_\_, mayor de edad,  
con D.N.I./N.I.F. \_\_\_\_\_, con domicilio en la población de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ calle/avenida/plaza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_, a los efectos de su validez como  
Declaración Jurada para la admisión en el Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas del.....

### **DECLARO**

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,  
como declarante me comprometo a aportar la correspondiente documentación que así lo  
certifique.

D. / Dña. (Nombre, apellidos y firma)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

FDO.:



## **DECLARACIÓN JURADA (ANEXO 3)**

(Cumplimentar si se solicita el alta como ejerciente / Jardunean dagoen elkargokidea dena bete beharrekoa)

**D/Dña** \_\_\_\_\_, mayor de edad,  
con D.N.I./N.I.F. \_\_\_\_\_, con domicilio en la población de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ calle/avenida/plaza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y teléfono \_\_\_\_\_, a los efectos de su validez como  
Declaración Jurada para la admisión en el Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas del  
Navarra/ Nafarroako Dietista-Nutrizionisten Elkargoa (CODINNA-NADNEO).

### **DECLARO**

EJERCER MI LABOR PROFESIONAL EN EL ÁMBITO TERRITORIAL DE LA  
COMUNIDAD DE NAVARRA

Si llegado el caso, se requirieran datos para la comprobación de esta declaración,  
como declarante me comprometo a aportar la correspondiente documentación que así lo  
certifique.

D. / Dña. (Nombre, apellidos y firma)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

FDO.:



## 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. Si ya es miembro, no es necesario que la cumplimente.

### 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 €