



Colegio Oficial de Diplomados en  
Enfermería de Pontevedra

## SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN

D/D<sup>a</sup>.....  
DOMICILIO.....  
LOCALIDAD ..... CÓDIGO POSTAL .....  
TELÉFONO ..... TELF. MÓVIL .....  
E-MAIL .....

Estando en posesión del Título de Diplomada en Enfermería obtenido en la  
Universidad de ..... E.U.E. ....  
fecha ....., y especialidad .....

SOLICITA: El reingreso en el Colegio Oficial de Enfermería de Pontevedra, para lo  
que acompaño la documentación reglamentaria.

En ....., a ..... de ..... de .....

Fdo.:

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, le informamos de que sus datos personales forman parte de un fichero, cuyo responsable es el COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE PONTEVEDRA (COEPO) con domicilio social en C/Aragón 197 Interior, 36206 VIGO (Pontevedra). La finalidad de este fichero es llevar a cabo la gestión y control de los datos de los colegiados en la ordenación del ejercicio de la profesión, su representación y la defensa de sus intereses profesionales, así como mantenerles informados de todas aquellas actividades y servicios del colegio que estimamos puedan ser de su interés. Si lo desea, podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la dirección señalada, adjuntando una fotocopia de su DNI.