



COLEGIO OFICIAL  
DE ENFERMERIA DE CASTELLON



## SOLICITUD ALTA POR REINGRESO

Colegiado N° \_\_\_\_\_

### A LA JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA

D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

mayor de edad, de baja en este Colegio, con n.º de colegiado/a \_\_\_\_\_ y

DNI \_\_\_\_\_, solicita el **REINGRESO**.

Actualmente está trabajando en: \_\_\_\_\_.

Castellón, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Firmado: \_\_\_\_\_.

### **CAMBIOS DE DOMICILIO, TELÉFONOS, CORREO ELECTRÓNICO**

#### **O CUENTA BANCARIA:**


Rev. 00 (PT-07-F-04)

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos personales, que puedan constar en este documento, están incorporados en un fichero cuyo responsable es COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CASTELLÓN, con la finalidad de gestionar la relación colegial e informarle sobre nuestros servicios y actividades. Si desea ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, deberá dirigirse por escrito a: