

EXPOSICIÓN PINTURA Y ESCULTURA EN EL CTAV - (23-30 NOVIEMBRE 2.021)

ASOCIACION MEDICOS ARTISTAS DE VALENCIA– ARQUITECTOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

FICHA DE INSCRIPCION

DATOS PERSONALES ARQUITECTO O MEDICO:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Nº DE COLEGIADO/A:

TELÉFONO:

E-MAIL:

DATOS DE LA OBRA QUE APORTO A LA EXPOSICIÓN

OBRA:

TIPO DE OBRA:

DIMENSIONES:

OBRA:

TIPO DE OBRA:

DIMENSIONES:

OBRA:

TIPO DE OBRA:

DIMENSIONES:

FECHA:

FIRMA:

REMITIR EL BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A: agrupaciones@coacv.org

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	
Responsable del tratamiento	COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS DE LA COMUNIDAD VALENCIA Calle Hernán Cortés, 6, 5ª pl. 46004 Valencia (España) Tel. 963 517 825 http://www.coacv.org
Finalidades o usos de los datos	La finalidad que responde a la recogida y tratamiento de sus datos de carácter personal es la de solicitar el Alta en la Agrupación de Arquitectos Urbanistas del COACV.
Plazo de conservación	El plazo de conservación de sus datos será en el necesario para el cumplimiento de cualquier requisito legal aún después de finalizar su relación con el COACV, y después podrán pasar a formar parte del archivo histórico del Colegio.
Legitimación	Los datos son tratados en base al consentimiento otorgado por Vs.
Destinatarios de los datos (cesiones o transferencias)	Sus datos de carácter personal que nos facilite serán cedidos a otros Colegios Profesionales de Arquitectos y, en su caso, a las entidades públicas o privadas, en consonancia con las finalidades anteriormente mencionadas.
Derechos	Ud. podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación, Portabilidad, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar los derechos deberá presentar un escrito en la dirección arriba señalada. Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, deberá acompañarse de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actúe mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).
Firma	Como prueba de conformidad con cuanto se ha manifestado acerca del tratamiento de mis datos personales, firmo la presente. Nombre y Apellidos: _____