**Condicions i Formulari d’inscripció pel curs**

**Intervenció interdisciplinària en trastorns de la conducta alimentaria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom** | **Primer Cognom** | **Segon Cognom** |
| **DNI o NIE** |
| **Situació:****Col·legiat/da** **[ ]  Pre-col·legiat/da [ ]** **Col·legiat/da en una altra comunitat autònoma [ ]  Altes professionals sanitaris [ ]**  |
| **Número de col·legiat/da :** |
| **Direcció postal:** |
| **Codi postal:** | **Ciutat:** | **Província:** |
| **Correu electrònic de contacte:** | **Telèfon de contacte:** |

**Protecció de dades**

*En virtut de la normativa de Protecció de Dades de Caràcter Personal, per la present autoritza a què les dades personals facilitades siguin incorporades en un fitxer denominat Col·legiats responsabilitat del COL·LEGI DE DIETISTES-NUTRICIONISTES DE CATALUNYA, i seu social a Via Laietana, n. 38, 1r 1a, 08003 Barcelona (Barcelona)*

*La finalitat d’aquest tractament és la de gestionar les dades del col·legiats i les relacions amb ells. Aquestes dades no seran transmeses a terceres persones, llevat dels supòsits en els que així ho estableixi la normativa aplicable, i seran conservades sempre que sigui imprescindible o legítim per la finalitat que es van captar.*

*En qualsevol cas podrà indicar la revocació del consentiment atorgat, així com exercitar els drets d’accés, rectificació o supressió, la limitació del tractament o oposar-se, així com el dret a la portabilitat de les dades. Aquestes peticions caldrà que es faci en Via Laietana, n. 38, 1r 1a, 08003 Barcelona (Barcelona) o* *administracio@codinucat.cat*

*Tanmateix s’informa que pot presentar una reclamació davant l’Autoritat Catalana de Protecció de Dades si així ho considera, o bé posar-se en contacte amb el Delegat de protecció de dades a* *dpo@codinucat.cat*

**Documentació a presentar per a formalitzar la matrícula:**

En cas de no ser **col·legiat/ada al CoDiNuCat**:

* **Certificat expedit** pel Col·legi Professional del qual formi part conforme el/la alumne/a es col·legiat/da i estigui al corrent de pagament de la quotes col·legials **(només en cas de no formar part del CoDiNuCat).**

**IMPORTANT**: L’organització es reserva el dret de suspendre el curs en cas que no s’arribi a un nombre mínim d’inscrits. Un cop formalitzada la inscripció no es retornarà l’import exceptuant si es suspèn el curs.

**Detall de les quotes:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Col·legiat/da del CoDiNuCat** | **80 €** |
| **Pre-col·legiat/da del CoDiNuCat\*** | **80 €** |
| **Col·legiats/ades d’altes comunitats autònomes \*** | **140 €** |
| **Altres professionals sanitaris\*** | **220 €** |

**\*Places limitades**

**Formes de pagament:**

 [ ]  **Únic pagament de l’import**

Ingrés del 100% del cost a la reserva de la matrícula per transferència bancària

**ES06 2100 0050 2302 0067 6747 indicant “nom, cognom + TCA”**

**Condicions d’inscripció:**

* Obertura de la secretaria i inscripcions: 14 de març de 2023.
* La confirmació de la plaça es notificarà des de la secretaria un cop que es rebi el pagament corresponent.
* Les inscripcions es realitzaran per **estricte ordre d’inscripció**.

**D’acord amb la normativa de protecció de dades i *de la Ley Orgánica 1/1982, de protección civil del derecho de honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen*,**

[ ]  Dono el meu consentiment exprés a favor del Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya, amb caràcter indefinit i que podrà ser revocat en qualsevol moment mitjançant sol·licitud escrita:

[ ]  La captació de la meva imatge

[ ]  La posterior difusió d’aquesta imatge en web, revistes, publicacions, exposicions o qualsevol altre mitjà per part de l’entitat autoritzada.

[ ]  No autoritzo al Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya a captar i publicar la meva imatge en cap mitjà.

**Aquest formulari, juntament amb el comprovant de pagament s’haurà d’entregar degudament complimentat a l’adreça de correu:** **formacio@codinucat.cat**

**Més informació:**

Correu electrònic: formacio@codinucat.cat Telèfon: 930 106 248

**Signatura conforme acceptes les condicions d’inscripció.**

**FIRMA DE L’ALUMNE/A FIRMA/SEGELL DEL CODINUCAT**

**A** **,** **de** **de 20**