**Condiciones y Formulario de Inscripción para el Curso**

**“Intervención Interdisciplinaria en Trastornos de la Conducta Alimentaria”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Primer Apellido** | | **Segundo Apellido** |
| **DNI o NIE** | | | |
| **Situación:**  **Colegiado/ada**  **Precolegiado**  **Colegiado/ada en otra comunidad autónoma  Otros profesionales sanitarios** | | | |
| **Número de colegiado/ada:** | | | |
| **Dirección postal:** | | | |
| **Código postal:** | **Ciudad:** | | **Provincia:** |
| **Mail de contacto:** | | **Teléfono de contacto:** | |

**Protección de datos**

*En virtud de la normativa de Protección de Datos de Carácter Personal, por la presente autorizo a que los datos personales facilitados sean incorporados en un fichero denominados Contactos responsabilidad del COL·LEGI DE DIETISTES-NUTRICIONISTES DE CATALUNYA, y sede social en Via Laietana, n. 38, 1r 1a, 08003 Barcelona (Barcelona)*

*La finalidad de este tratamiento es la de gestionar las personas de contacto. Estos datos no serán transmitidos a terceras personas, excepto en los supuestos en los que así lo establezca la normativa aplicable, y serán conservados siempre que sea imprescindible o legítimo para la finalidad que se captaron.*

*En cualquier caso podrá indicar la revocación del consentimiento otorgado, así como ejercitar los derechos de acceso, rectificación o supresión, la limitación del tratamiento u oponerse, así como el derecho a la portabilidad de los datos. Estas peticiones se deberán realizar en Via Laietana, n. 38, 1r 1a, 08003 Barcelona (Barcelona) o* [administracio@codinucat.cat](mailto:administracio@codinucat.cat)

*Así mismo se informa que puede presentar un reclamo ante la Agencia Española de Protección de Datos si así lo considera, o bien ponerse en contacto con el Delegado de protección de datos en* [dpo@codinucat.cat](mailto:dpo@codinucat.cat)

**Documentación a presentar para formalizar la matrícula:**

En caso de no ser **colegiado/ada al CoDiNuCat**:

* **Certificado expedido** por el Colegio Profesional al que se pertenezca conforme el/la alumno/a es colegiado/a y está al día con el pago de las cuotas colegiales **(sólo en caso de no pertenecer al CoDiNuCat).**

**IMPORTANTE**: La organización se reserva el derecho de suspender el curso en el caso que no tenga un número mínimo de inscritos.

**Detalle de las cuotas:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Colegiado/a del CoDiNuCat** | **80 €** |
| **Precolegiado/a del CoDiNuCat\*** | **80 €** |
| **Colegiados en otras comunidades autónomas\*** | **140 €** |
| **Otros profesionales sanitarios\*** | **220 €** |

**\*Plazas limitadas**

**Formas de pago:**

**Único pago inicial de la cuota**

Ingreso del 100% del coste a la reserva de la matrícula por transferencia bancaria

**ES06 2100 0050 2302 0067 6747 indicando “nombre, apellido + TCA”**

**Condiciones de inscripción:**

* Apertura de la secretaria e inscripciones: 14 de marzo de 2023.
* La confirmación de la plaza se notificará desde la secretaria una vez que se tenga el pago correspondiente.
* Las inscripciones se realizarán por **estricto orden de inscripción y pago**.

**De acuerdo con la normativa de protección de datos y de la Ley Orgánica 1/1982, de protección civil del derecho de honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen,**

Doy mi consentimiento expreso a favor del Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya, con carácter indefinido y que podrá ser revocado en cualquier momento mediante solicitud escrita:

La captación de mi imagen

La posterior difusión de esta imagen en web, revistas, publicaciones, exposiciones o cualquier otro medio por parte de la entidad autorizada.

No autorizo al Col·legi de Dietistes-Nutricionistes de Catalunya a captar y publicar mi imagen en ningún medio.

**Este formulario, junto con la documentación para formalizar se deberá entregar debidamente cumplimentado a la dirección de correo:** [**formacio@codinucat.cat**](mailto:formacio@codinucat.cat)

**Más información:**

e-mail: [formacio@codinucat.cat](mailto:formaci%C3%B3@codinucat.cat) Teléfono: 930 106 248

**Firma conforme acepta las condiciones de inscripción.**

**FIRMA DEL/LA ALUMNO/A FIRMA/SELLO DEL CODINUCAT**

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