Anexo I: Solicitude de Alta/baixa Listaxes do COTSG

1. **DATOS PERSOAIS:**

|  |  |
| --- | --- |
| APELIDOS E NOME |  |
| Nº DE COLEXIACIÓN |  | TELÉFONO |  |
| C.P. E POBOACIÓN |  | PROVINCIA |  |
| CORREO ELECTRÓN. |  |

1. **LISTAXE DA QUE DESEXA FORMAR PARTE OU DA QUE QUERE CAUSAR BAIXA:**

\*Marque cun “X” se quere causar alta ou baixa en cada listaxe e cun maque cun “X” para alta ou baixa nas áreas. No caso de solicitar baixa non terá que cumprimentar ningún outro apartado, só asinar a solicitude.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LISTAXE** | **ALTA** | **BAIXA** |
| **DOCENCIA** |  |  |
| **Áreas** |
| 1.Muller |  |  |
| 2.Servizos sociais |  |  |
| 3.Familia e infancia |  |  |
| 4.Adiccións  |  |  |
| 5.Maiores |  |  |
| 6.Dependencia e discapacidade |  |  |
| 7.Saúde |  |  |
| 8.Migracións |  |  |
| 9.Minorias étnicas |  |  |
| 10.Educación |  |  |
| 11.Exercicio libre |  |  |
| 12.Supervisión |  |  |
| **TRIBUNAIS** |  |  |
| **PROFESIONAIS INDEPENDENTES** |  |  |
| **EXPERTOS/AS** |  |  |
| **Áreas** |
| 1.Muller |  |  |
| 2.Servizos sociais |  |  |
| 3.Familia e infancia |  |  |
| 4.Adiccións  |  |  |
| 5.Maiores |  |  |
| 6.Dependencia e discapacidade |  |  |
| 7.Saúde |  |  |
| 8.Migracións |  |  |
| 9.Minorias étnicas |  |  |
| 10.Educación |  |  |
| 11.Exercicio libre |  |  |
| 12.Supervisión |  |  |
| **MEDIACIÓN** |  |  |
| **Área** |
| Mediación Familiar |  |  |
| **PERITAXE** |  |  |

*\*Áreas. Nas listaxes con áreas só poderá indicar dúas como máximo por cada unha.*

1. **DECLARACIÓN DE CUMPRIMENTO DE REQUISITOS E VERACIDADE DOS MÉRITOS PRESENTADOS:**

Segundo o recollido no apartado 3 das bases reguladoras das listaxes de profesionais do COTSG, **DECLARO:**

* Que cumpro os requisitos para formar parte das listaxes arriba solicitadas.
* Que achego a documentación xustificativa
* Que os datos que se achegan como méritos xustificativos son certos
1. **DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA:**
* Solicitude debidamente cumprimentada (este anexo)
* Declaración xurada da veracidade dos méritos presentados (marcar na solicitude).
* Cláusula de protección de datos asinada (marcar na solicitude).
* CV (actualizado).
* Copia da documentación acreditativa pertinente (vida laboral, contratos, certificados de funcións, diplomas,...).
* Anexo II de tratamento de datos para as listaxes de mediación e peritaxe
* Anexo III de tratamento de datos para a listaxe de profesionais independentes
1. **DATOS PARA PUBLICAR NA GUÍA DE PERITAXE E MEDIACIÓN:**

\*Só para aquelas persoas que marcaron cun “X” as listaxes de mediación e/ou peritaxe

|  |  |
| --- | --- |
| APELIDOS E NOME |  |
| Nº DE COLEXIACIÓN |  | TLFNO FIXO |  | TLFNO MÓBIL |  |
| DIRECCIÓN |  | CP |  | CONCELLO |  |
| CORREO ELECTRÓN. |  | PROVINCIA |  |

1. **DATOS PARA PUBLICAR NA PÁXINA WEB, PROFESIONAIS INDEPENDENTES**

\*Só para aquelas persoas que marcaron cun “X” a listaxe de profesionais independentes

|  |  |
| --- | --- |
| APELIDOS E NOME |  |
| Nº DE COLEXIACIÓN |  | TLFNO FIXO |  | TLFNO MÓBIL |  |
| DIRECCIÓN |  | CP |  | CONCELLO |  |
| CORREO ELECTRÓN. |  | PROVINCIA |  |
| SECTOR/ES:  |  |

Asdo:

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_

COLEXIO OFICIAL DE TRABALLO SOCIAL DE GALICIA solicita o seu consentimento para o tratamento de seus datos persoais segundo o disposto no artigo 6 do RXPD informándolle que o tratamento de seus datos ten a súa base na súa vontade de formar parte das listaxes.

En cumprimento do artigo 13 do RXPD, fun informado/a de que a finalidade desta recollida de datos de carácter persoal é “a xestión das listaxes”.

Os seus datos conservaránse mentras sexa necesario para a finalidade do tratamento e non solicite a súa baixa.

Non se comunicarán os datos a terceiros, salvo obriga legal. O Responsable informa expresamente aos/ás interesados/as que os seus datos comunicaranse aos Xulgados e Tribunais da Comunidade Autónoma de Galicia, en cumprimento do disposto no art. 341 da LAC

Poderá exercitar os dereitos de OPOSICIÓN, ACCESO, RECTIFICACIÓN, LIMITACION, SUPRESION E PORTABILIDADE mediante escrito dirixido a COLEXIO OFICIAL DE TRABALLO SOCIAL DE GALICIA RÚA DUBLÍN 6 BAIXO 15707 SANTIAGO DE COMPOSTELA acompañando fotocopia de DNI ou no seu defecto documento que acredite a súa debida identidade ou ben con carácter previo a tal actuación solicitar que lle sexan remitidos os impresos dos que o responsable do tratamento dispón. No caso de que non esté conforme co tratamento dos seus datos poderá dirixir as suas reclamacións ante a Axencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6 – 28001 Madrid.

|  |  |
| --- | --- |
| SI |   |
| NON |  |

Nome ............................................................................................................................................... con NIF ................................................................Sinatura:

**A/A PRESIDENTA DO COTS DE GALICIA**