



Para formalizar a túa incorporación ao Colexio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Galicia é necesario que cumprimentes adecuadamente este documento.

Que tipo de Colexición correspóndeme?

- Colexiado non exerciente: Dietistas-Nutricionistas titulados que na actualidade non se atopen exercendo a profesión.
- Colexiado exerciente: Dietistas-Nutricionistas titulados que na actualidade atópanse exercendo a profesión.
- Colexiado honorario: Dietistas-Nutricionistas titulados xubilados (indicarlo en non exerciente).

Que documentos debo incluír xunto á miña inscrición?

Fotocopia do DNI compulsada e tres fotos actuais tamaño carné.

Fotocopia do título de Diplomado ou Graduado en Nutrición Humana e Dietética compulsada, do resguardo de abonar os dereitos do título ou do documento oficial que asimile a titulación extranxeira ao título oficial en Nutrición Humana e Dietética.

Fotocopia do recibo acreditativo do pago das taxas do Colexio en concepto de Inscrición, mediante ingreso bancario no Nº de conta: ES19 0081 2135 7400 0197 5407

Para exercientes:

Acreditación de domicilio fiscal no ámbito de Galicia mediante documento válido de dereito como: Certificados de empresa, recibo de pagos da Seguridade Social, Alta censal na Axencia Tributaria, Informe de vida laboral, nómina, contrato...

Para non exercientes:

Certificado de residencia na Comunidade Autónoma de Galicia (Só no caso de ter o domicilio do DNI, pasaporte ou NIE nunha localidade non pertencente á Comunidade Autónoma de Galicia).

Formulario de inscrición debidamente cumplimentado así como as declaracións xuradas dos Modelos 1, 2, ou 3 según corresponda á súa situación.

Si está interesado na Bolsa de Traballo, deberá aportar a solicitude anexada de incorporación á bolsa de traballo, cumplimentada e un CV actualizado.

Como teño que facela chegar ao CODINUGAL?

CODINUGAL-Att. Colexio Oficial Dietistas-Nutricionistas de Galicia, Avda Novo Mesoiro, 2 baixo - 15190 A Coruña.

É necesario contratar o Seguro de Responsabilidades Civil (SRC)?

Todo persoal sanitario exerciente ten que contar cun SRC nos termos que establece a Lei no Artigo 46 da LOPS. A través do Consejo General de Dietistas-Nutricionistas ofrecémoslle o SRC que atoparás neste documento. Se estás interesado, unha vez estés dado de alta no CODINUGAL como Colexiado exerciente, podes contratarlo dende o link <http://d-n.esbroker.es/>



**Colexio Profesional de
Dietistas-Nutricionistas
de Galicia**

**Formulario de
Inscripción**

*Pegar unha das
fotos de carné
aquí*

Nº Colexiado	
Data de alta	

DATOS PERSOAIS¹

Apelidos			Nome						
DNI /Pasaporte				Sexo	Home	Muller			
Dirección				nº		Piso		C.P	
Localidade		Provincia		Lugar de nacemento					
Teléfonos					Data de nacemento				
Correo electrónico									

SOLICITUDE DE ADMISIÓN

EXERCIENTE²

(Ámbito nutrición, dietética y/o alimentación)

NON EXERCIENTE³

(HONORARIO)

DATOS ACADÉMICOS: Titulación do Dietista-Nutricionista

Estudio/s	Centro/s	Ano inicio/final



DATOS PROFESIONAIS

Situación Laboral Actual

Parado/a Estudiante Traballador - conta allea Traballador - conta propia

Outros - Indicar: _____

Empresa	Ocupación desenrolada	Data de inicio
INSCRIPCIÓN NA BOLSA DE TRABALLO⁵	SI	
Desexo ser incluído/a na Bolsa de Traballo	NON	

Tipo de Actividade

Hospitalaria e/ou A. Primaria	<input type="checkbox"/>	Industria alimentaria	<input type="checkbox"/>	Docencia	<input type="checkbox"/>
Consulta privada	<input type="checkbox"/>	Restauración Colectiva	<input type="checkbox"/>	Investigación	<input type="checkbox"/>
S. Pública y N.Comunitaria	<input type="checkbox"/>	Socio sanitaria	<input type="checkbox"/>	Outras (Indicar) _____	<input type="checkbox"/>

Dirección profesional

Dirección		nº		Piso		Porta	
Localidade		Provincia		C.P.			
Teléfonos			E-mail				

1. É obrigatorio informar ao Colexio dos posibles cambios que se produzan nos seus datos, nun periodo non superior a sesenta días dende o momento do cambio.
2. Se marca esta opción é obrigatorio a cumplimentación das declaracións Modelo 1 e 2.
3. Se marca esta opción é obrigatorio a cumplimentación das declaracións Modelo 1, 2 e 3.
4. Se marca esta opción é obrigatorio cumplimentar o formulario de solicitude de incorporación á Bolsa de traballo.



DATOS BANCARIOS – Titular da conta

Apelidos				
Nome			DNI	
Banco ou Caixa				
Localidade				
Número de conta (IBAN)				
CÓDIGO	ENTIDADE	OFICINA	DC	Nº CONTA/LIBRETA
ES				

Firma autorizando a retirarlle as cantidades que se aproben mediante Asamblea Xeral*

--

TASA DE INSCRIPCIÓN

75,00 €

COTA ANUAL PARA EXERCIENTES (EN DOUS PAGOS)

150,00 €

COTA ANUAL PARA NON EXERCIENTES (EN DOUS PAGOS)

100,00 €

D. Dna. (Nome, apelidos e firma)

En _____, a _____ de _____ de _____

En cumprimento do establecido na Lei Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Persoal, informámoslle que os datos persoais proporcionados serán incorporados a un ficheiro "Xestión", coa finalidade de xestionar a súa alta como Dietista-Nutricionista no CODINUGAL e poder beneficiarse dos servizos que presta este Colexio Profesional, así como remitirlle comunicacións informativas e comerciais, inclusive por medios electrónicos. En caso de non querer recibir información, sinala o seguinte cadro.

NON DESEXO que os meus datos sexan facilitados ao CODINUGAL e, por tanto, NON DESEXO recibir información do Colexio Profesional.

Adicionalmente, seus datos persoais serán incorporados a un ficheiro "Dietistas-Nutricionistas", coa finalidade de xestionar a súa alta como Dietista-Nutricionista no "Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas Nutricionistas" e poder beneficiarse dos servizos que presta o "Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas Nutricionistas", así como remitirlle comunicacións informativas e comerciais, inclusive por medios electrónicos. En caso de non querer recibir información do "Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas Nutricionistas", sinala o seguinte cadro:

NON DESEXO que os meus datos sexan facilitados ao "Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas Nutricionistas" e, polo tanto, NON DESEXO recibir información do "Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas Nutricionistas".

Así mesmo, os datos persoais proporcionados son confidenciais e serán incorporados a un ficheiro de "Xestión", coa finalidade de xestionar a súa alta como Dietista-Nutricionista da Fundación e poder beneficiarse dos servizos que presta a Fundación Española de Dietistas-Nutricionistas (FEDN), así como remitirlle comunicacións e publicacións informativas e comerciais, inclusive por medios electrónicos. En caso de non querer recibir información da FEDN, sinala o seguinte cadro:

NON DESEXO que os meus datos sexan facilitados á Academia Española de Dietistas-Nutricionistas e, polo tanto, NON DESEXO recibir información da FEDN.

Coa finalidade de manter actualizados os datos, o interesado deberá comunicar calquer cambio que se produza sobre os mesmos. En calquera caso poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición previstos na lei dirixíndose a Fundación Española de Dietistas-Nutricionistas -Responsable de Protección de Datos- C/ Consello de Cento 314, Principal B, 08007 de Barcelona, xunto a unha copia do seu DNI; e ao CODINUGAL- Responsable de Protección de Datos- Dirección: Apdo de Correos nº 109- 15780 Santiago de Compostela, xunto a unha copia do seu DNI; e ao "Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas Nutricionistas"- Responsable de Protección de Datos- Edificio Xémini Center, Avda. Cortes Valencianas, 39, 46015 Valencia xunto a unha copia do seu DNI.



FORMULARIO DE SOLICITUDE DE INCORPORACIÓN Á BOLSA DE TRABALLO

*Pegar unha das
fotos de carné
aquí*

DATOS DE CONTACTO		Nº de Colexiado	
Apelidos		Nome	
Correo electrónico			

DATOS PROFESIONAIS

Situación Laboral Actual

Parado/a Traballador - conta allea Traballador - conta propia Outros - Indicar: _____

Tipo de Actividade actual

Hospitalaria e/ou A. Primaria	<input type="checkbox"/>	Industria alimentaria	<input type="checkbox"/>	Docencia	<input type="checkbox"/>
Consulta privada	<input type="checkbox"/>	Restauración Colectiva	<input type="checkbox"/>	Investigación	<input type="checkbox"/>
S. Pública e N. Comunitaria	<input type="checkbox"/>	Socio sanitaria	<input type="checkbox"/>	Outras (Indicar) _____	<input type="checkbox"/>

Tipo de Actividade desexada

ORDEN PREFERENCIA (1ª = máis desexada / 5ª = menos desexada)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hospitalaria e/ou A. Primaria										
Consulta privada										
S. Pública e N. Comunitaria										
Industria alimentaria										
Restauración Colectiva										
Docencia										
Investigación										
Outras (Indicar) _____										

Carné de conducir: SÍ/NON

Vehículo propio: SÍ/NON

Disponibilidade para viaxar: SÍ/NON

Outros datos

IDIOMAS:	BAIXO	MEDIO	ALTO	INFORMÁTICA:	BAIXO	MEDIO	ALTO
INGLÉS				OFIMÁTICA (Word, Excel...)			
FRANCÉS				POWERPOINT			
OUTROS: _____				SPSS			

D. Dna. (Nome, apelidos e firma)

En _____, a _____ de _____ de _____



DECLARACIÓN: Modelo 1

(Obrigatorio para Exercentes e Non exercentes)

D/DNA _____ MAIOR DE IDADE, CON DNI/NIF _____, DOMICILIO NA
POBOACIÓN DE _____, RÚA/AVENIDA/PRAZA _____
_____ E TELÉFONO _____, AOS EFECTOS DA
SÚA VALIDEZ COMO DECLARACIÓN XURADA PARA A ADMISIÓN NO COLEXIO PROFESIONAL DE DIETISTAS-
NUTRICIONISTAS DE GALICIA (CODINUGAL).

DECLARA BAIXO XURAMENTO:

NON ESTAR INHABILITADO/A, NIN SUSPENDIDO/A, PARA O EXERCICIO PROFESIONAL DE DIETISTA-
NUTRICIONISTA, POR SENTENCIA XUDICIAL FIRME OU POR SANCIÓN DISCIPLINARIA NOUTRO COLEXIO
PROFESIONAL. SE CHEGADO O CASO, REQUIRÍSENSE DATOS PARA A COMPROBACIÓN DESTA DECLARACIÓN,
COMPROMÉTESE A ACHEGAR A CORRESPONDENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ O CERTIFIQUE.

ESTAR AO CORRENTE DAS SÚAS OBRIGACIÓNS ANTE ESTE OU OUTROS COLEXIOS PROFESIONAIS AOS QUE
PERTENCEU ATA O DÍA DE HOXE. SE CHEGADO O CASO, REQUIRÍSENSE DATOS PARA A COMPROBACIÓN DESTA
DECLARACIÓN, COMPROMÉTESE A ACHEGAR A CORRESPONDENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ O CERTIFIQUE.

D. Dna. (Nome, apelidos e firma)

En _____, a _____ de _____ de _____



DECLARACIÓN: MODELO 2

(Obrigatorio para Non exercientes)

D/DNA _____ MAIOR DE IDADE, CON DNI/NIF _____, DOMICILIO NA
POBOACIÓN DE _____, RÚA/AVENIDA/PRAZA
_____ E TELÉFONO _____, AOS
EFECTOS DA SÚA VALIDEZ COMO DECLARACIÓN XURADA PARA A ADMISIÓN NO COLEXIO PROFESIONAL DE
DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE GALICIA (CODINUGAL).

DECLARA BAIXO XURAMENTO:

**NON ESTAR A EXERCER A PROFESIÓN DE DIETISTA-NUTRICIONISTA NIN CALQUER OUTRO EMPREGO DE
ÁMBITO DA NUTRICIÓN HUMANA, DIETÉTICA E ALIMENTACIÓN PARA OS QUE CAPACITA A SÚA FORMACIÓN
ACADÉMICA NESTE CAMPO. SE CHEGADO O CASO, REQUIRÍSENSE DATOS PARA A COMPROBACIÓN DESTA
DECLARACIÓN, COMPROMÉTESE A ACHEGAR A CORRESPONDENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ O CERTIFIQUE,
POLO QUE ASUME A SÚA RESPONSABILIDADE CIVIL E/OU PENAL NO CASO DE QUE SE DEMOSTRASE O
CONTRARIO. ASÍ MESMO, SE COMPROMETE A FACILITAR AO COLEXIO DE FORMA INMEDIATA, O CAMBIO DE
SITUACIÓN LABORAL PARA EXERCER A PROFESIÓN.**

D. Dna. (Nome, apelidos e firma)

En _____, a _____ de _____ de _____



ACADEMIA ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ALTA EXTRAORDINARIA: ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES.

Actualmente, su Colegio tiene firmado un convenio con la Academia que le da derecho a un descuento del 30% en la cuota anual de la Academia Española de Nutrición y Dietética. con el objetivo de facilitarle los trámites, una vez cumplimenta esta solicitud, puede entregarla a su COLEGIO quien se encargará de tramitar el alta en la Academia.

DATOS PERSONALES:

Apellidos:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>	
DNI:	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento: <input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	Nº <input type="text"/> Planta <input type="text"/> Puerta <input type="text"/>
Código Postal:	<input type="text"/>	Población: <input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	Comunidad autónoma: <input type="text"/>
Teléfonos:	<input type="text"/>	e-mail: <input type="text"/>
Twitter*:	<input type="text"/>	Facebook*: <input type="text"/>

* campos opcionales. Resto obligatorios.

DATOS BANCARIOS: La persona solicitante debe ser titular de la cuenta

IBAN	Entidad	Oficina	DC	Nº cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma solicitando la incorporación a la Academia, autorizando a su asociación o colegio autonómico a que tramite la misma y autorizando a la Academia el cargo en su cuenta de las cantidades aprobadas por el Patronato de la Academia.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Importe de la cuota anual (se girará en dos plazos, en enero y julio) para miembros correspondientes colegiados o asociaciones de D-N: 100€.

¿Desea recibir desde la Academia información científica relativa a la nutrición y dietética, así como información de carácter profesional y de formación en el campo de la nutrición y dietética?

SI NO

La Academia Española de Nutrición y Dietética (la Academia) garantiza la protección de todos los datos de carácter personal que proporcione el Usuario y, en cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016, del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (en adelante RGPD); en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD); en el reglamento de desarrollo de la LOPD, el RD 1720/2007 de 21 de diciembre y/o normativa española vigente que le sustituya en materia de protección y tratamiento de datos de carácter personal, le informa que:

- La Academia trata la información que facilita con el fin de prestarle los servicios para mantenerle informado de todo lo relacionado con la nutrición y dietética, la profesión, así como gestionar el cobro de las cuotas.
- Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga su inscripción en la Academia o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales.
- Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal o los haya autorizado expresamente.
- Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en la Academia estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios.

Puede ver la Política de Privacidad y Protección de datos personales en la página web de la Academia www.academianutricionydietetica.org:

Responsable: Identidad: La Academia - NIF: G-71086722 Dir. postal: Calle Luis Morondo nº 4
entrepantalla derecha oficina 5. Teléfono: 93 487 00 80.
Correo electrónico: secretaria@academianutricion.org