



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INGRESO

Instrucciones para cumplimentar este formulario de inscripción:

Para formalizar su admisión, debe enviar esta solicitud cumplimentada por CORREO POSTAL O EMAIL, junto con:

- Fotocopia del **DNI, PASAPORTE O NIE COMPULSADO**.
- **1 fotografía tamaño carnet** (si se envía la documentación online los formatos aceptados son **.jpg o .png**)
- Fotocopia **COMPULSADA del Título Oficial de Nutrición Humana y Dietética**, del resguardo de haber abonado los derechos del título o de documento oficial que asimile la titulación extranjera al título oficial de Nutrición Humana y Dietética.
- **Justificante de pago de la tasa de inscripción (75€)** mediante ingreso bancario en el número de cuenta:
  - ES19 0081 2135 7400 0197 5407 (Banco Sabadell)
  - Indicando: INSCRIPCIÓN Y NOMBRE COMPLETO
- **MODELO 2** (incluido al final del formulario).
- Formulario cumplimentado de la Academia de Nutrición y Dietética Española en caso de querer ser miembro de la misma.

### **ADICIONAL PARA EJERCIENTES**

- ✓ Acreditación de domicilio fiscal en el ámbito de Galicia mediante documento válido de derecho como: Certificados de empresa, recibo de pagos de la Seguridad Social, Alta censal en la Agencia Tributaria, Informe de vida laboral, nómina, contrato...
- ✓ **Declaración Jurada** en la que se afirme **NO ESTAR INHABILITADO/A, NI SUSPENDIDO/A**, para el ejercicio profesional de Dietista-Nutricionista, por sentencia judicial firme o por sanción disciplinaria en un colegio profesional (**Modelo 1**).
- ✓ Documentación que acredite estar en posesión de un Seguro de Responsabilidad Civil (si no posee uno CODINUGAL puede facilitarle la contratación del mismo).

### **ADICIONAL PARA NO EJERCIENTES**

- ✓ **Cerficado de residencia en la Comunidad Autónoma de Galicia** mediante el certificado de empadronamiento, o en caso de tener el domicilio del DNI o Pasaporte, fotocopia de dicho documento.
- ✓ **Declaración jurada de encontrarse en esta situación. (Modelo 2).**



**CODINUGAL**  
Colexio Oficial de  
Dietistas-Nutricionistas  
de Galicia

---

Esta documentación debe enviarse por:

- Correo electrónico: [secretariacodinugal@gmail.com](mailto:secretariacodinugal@gmail.com)
- Correo postal: A/A Colexio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Galicia (CODINUGAL). Avda Novo Mesoiro, 2 baixo, 15190 A Coruña.



## DATOS PERSONALES

**\*\*\*\* Es obligación del colegiado/a notificar las posibles modificaciones que se produzcan en los datos personales y/o profesionales en un periodo no superior a 30 días desde el momento del cambio.**

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Lugar y fecha de nacimiento:

FOTO AQUÍ

Dirección:

C.P.: Población (Provincia):

Teléfono: E- mail:

### SOLICITUD DE TRASLADO DE TÍTULO COMPULSADO:

- Sí
- No

### SOLICITUD DE ADMISIÓN:

- Ejerciente
- No ejerciente (si marcas esta opción es obligatoria la cumplimentación del modelo 2).

¿Pertenece a la Academia Española de Nutrición y Dietética?

- Sí
- No (si quieres inscribirte, rellena el formulario adjunto al final del documento)

Estudios realizado	Centro	Año Inicio/Fin
Graduado/a en Nutrición Humana y Dietética		
Diplomado/a en Nutrición Humana y Dietética		
Diplomado/a y/o Licenciado/a en Nutrición Humana y Dietética en Univ. Extranjeras (título homologado)		



## DATOS PROFESIONALES

- Parado/a
- Trabajador/a por cuenta ajena
- Autónomo/a

¿Tiene contratado un seguro de responsabilidad civil (SRC)?

- Sí
- No (el ejercicio profesional supone la obligatoriedad de estar en posesión de SRC, desde CODINUGAL se le pueden ofertar varias opciones).

### Tipo de actividad

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalaria/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"/> Pública y N.Comunitaria | <input type="checkbox"/> Socio sanitaria        | <input type="checkbox"/> Otras (indicar):<br>_____ |

### ***Dirección Profesional***

Dirección:

Población (Provincia):

C.P.:

Email:

Teléfono:

Registro Sanitario

Inclusión en Bolsa de trabajo:

- Sí
- No

### **\*IMPORTANTE\***

*Es obligatorio informar a CODINUGAL de los posibles cambios que se produzcan en sus datos, en un periodo no superior a sesenta días desde el momento del cambio.*



## DATOS BANCARIOS

Apellidos:

Nombre:

DNI:

Banco o Caja:

Localidad:

Número de cuenta (IBAN)

CÓDIGO	ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº cuenta/libreta

Tasa de inscripción: **75€**

Cuota anual ejercientes (en 2 pagos): **150€**

Cuota anual para NO ejercientes (en 2 pagos): **100€**

Autorizo a la retirada de las cantidades que se aprueben mediante Asamblea General

D./Dña (Nombre, apellidos y firma):

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



---

## **DATOS DEL COLEGIADO:**

### **PROTECCIÓN DE DATOS**

**ENCARGADO DEL TRATAMIENTO.** Responsable: COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE

GALICIA. CIF: Q2701030E Domicilio Social: RUA AFONSO X O SABIO S/N 27002 LUGO E-Mail: [secretariacodinugal@gmail.com](mailto:secretariacodinugal@gmail.com) Datos de contacto del DPD: [lopd@megamailconsultores.es](mailto:lopd@megamailconsultores.es)

**FINALIDAD DEL TRATAMIENTO.** Tramitar la incorporación al Colegio, gestionar la formación así como llevar a cabo la gestión económica contable, la gestión administrativa de cobros y pagos y el histórico de relaciones comerciales.

**BASE LEGAL.** El consentimiento otorgado por el interesado.

**CESIONES DE DATOS.** Los datos serán cedidos a la entidad financiera encargada de la gestión del cobro de las cuotas, a la entidad aseguradora con las que se tiene concertada la póliza de responsabilidad civil profesional y, si procede, al Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas.

**PERIODO DE CONSERVACIÓN DE LOS DATOS.** Los datos serán conservados mientras permanezca de alta como colegiado o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y atender las posibles responsabilidades que pudieran derivar del cumplimiento de la finalidad para la que los datos fueron recabados.

**EJERCICIO DE DERECHOS.** Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de datos y oposición y limitación a su tratamiento mediante escrito dirigido a COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE GALICIA. AVDA NOVO MESOIRO, 2 BAJO - 15190 A CORUÑA acreditando su identidad o bien con carácter previo a tal actuación solicitar con las mismas señas que le sean remitidos los impresos que el responsable del tratamiento dispone a tal efecto.

**DERECHO A RECLAMAR.** Si considera que no ha obtenido satisfacción plena en el ejercicio de sus derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad nacional de control dirigiéndose a estos efectos a la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6 – 28001 Madrid.

Fdo.

---



## **DECLARACIÓN: Modelo 1**

***(Obligatorio para Ejercientes y No ejercientes)***

D/DNA \_\_\_\_\_ MAYOR DE EDAD, CON  
DNI/NIF \_\_\_\_\_, DOMICILIO EN LA POBLACIÓN DE \_\_\_\_\_,  
CALLE/AVENIDA/PLAZA \_\_\_\_\_ Y TELÉFONO  
\_\_\_\_\_, A LOS EFECTOS DE SU VALIDEZ COMO DECLARACIÓN  
JURADA PARA LA ADMISIÓN EN EL COLEGIO PROFESIONAL DE DIETISTAS-  
NUTRICIONISTAS DE GALICIA (CODINUGAL).

### **DECLARA BAJO EL JURAMENTO:**

- NO ESTAR INHABILITADO/A, NI SUSPENDIDO/A**, PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE DIETISTA-NUTRICIONISTA, POR SENTENCIA JUDICIAL O POR SANCIÓN DISCIPLINARIA EN OTRO COLEGIO PROFESIONAL. SI LLEGADO EL CASO, SE REQUIRIESE DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN, SE COMPROMETE A PROPORCIONAR LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO CERTIFIQUE.
- ESTAR AL CORRIENTE DE SUS OBLIGACIONES** ANTE ESTE Y OTROS COLEGIOS PROFESIONALES A LOS QUE PERTENECIÓ HASTA EL DÍA DE HOY. SI LLEGADO EL CASO, SE REQUIRIESEN DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN, SE COMPROMETE A PROPORCIONAR LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO CERTIFIQUE.

D./Dña (Nombre, apellidos y firma)

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



## **Declaración: Modelo 2**

**(exclusivo para NO ejercientes)**

D/Dña \_\_\_\_\_ MAYOR DE EDAD, DNI/NIF \_\_\_\_\_,  
DOMICILIO EN LA POBLACIÓN DE \_\_\_\_\_, CALLE/AVENIDA/PLAZA  
\_\_\_\_\_ Y TELÉFONO \_\_\_\_\_, A LOS EFECTOS  
DA SU VALIDEZ COMO DECLARACIÓN JURADA PARA LA ADMISIÓN EN EL  
COLEGIO PROFESIONAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE GALICIA  
(CODINUGAL).

### **DECLARA BAJO JURAMENTO:**

**NO ESTAR EJERCIENDO LA PROFESIÓN DE DIETISTA-NUTRICIONISTA NI CUALQUIER OTRO EMPLEO EN EL ÁMBITO DE LA NUTRICIÓN HUMANA, DIETÉTICA Y ALIMENTACIÓN PARA LOS QUE LE CAPACITA SU FORMACIÓN ACADÉMICA EN ESTE CAMPO. SI LLEGADO EL CASO, SE REQUIRIÉSEN DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN, SE COMPROMETE A APORTAR LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO CERTIFIQUE, POR LO QUE ASUME SU RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL EN EL CASO DE QUE SE DEMOSTRASE LO CONTRARIO. Así mismo, se compromete a facilitar al colegio de forma inmediata, el cambio de situación laboral para ejercer la profesión**

D/Dña (Nombre, apellidos y firma)

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