



Col·legi Oficial d'Òptics  
Optometristes de Catalunya

**DOCUMENT DE COL·LEGIACIÓ SENSE CAP TIPUS D'ACTIVITAT RELACIONADA AMB LA PROFESSIÓ  
(SENSE EXERCICI)**

|       |       |        |          |                            |
|-------|-------|--------|----------|----------------------------|
| *DATA | *ALTA | *CANVI | NÚM. COL | *Indispensable emplenar-ho |
|       |       |        |          |                            |

|                 |  |             |  |
|-----------------|--|-------------|--|
| *NOM            |  |             |  |
| *COGNOMS        |  |             |  |
| *DOMICILI PART. |  |             |  |
| *POBLACIÓ       |  | *CP         |  |
| *DNI/PASSAPORT  |  | *DATA NAIX. |  |
| *TITOL ACADÈMIC |  |             |  |
| TEL. FIX.       |  | *TEL. MÒBIL |  |
| *E-MAIL         |  |             |  |

A més a més de la correspondència que reglamentàriament s'hagi de remetre des d'aquest Col·legi, com l'enviament del Butlletí Oficial de la corporació, convocatòries a assemblees i/o actes professionals, econòmics, de previsió, cursos, seminaris i /o congressos per a la formació continuada postgraduada, també indico que

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | AUTORITZO, a que m'enviïn quanta informació es consideri beneficiosa com a Col·legiat |
| <input type="checkbox"/> | NO AUTORITZO, a que m'enviïn informació diferent de la legalment establerta           |

La Col·legiació **SENSE EXERCICI** es realitza de forma voluntària i per la present **DECLARO QUE NO REALITZO CAP ACTIVITAT RELACIONADA AMB EL MÓN DE L'ÒPTICA I L'OPTOMETRIA** (ja sigui en establiment sanitari, laboratori, recerca i/o docent). Així mateix DECLARO haver estat informat que aquest tipus de col·legiació **NO INCLOU CAP TIPUS D'ASSEGURANÇA CIVIL I/O PROFESSIONAL, SUBSCRITA PER LA CORPORACIÓ, RELACIONADA AMB L'EXERCICI DE LA PROFESSIÓ. En el moment en que iniciï qualsevol activitat professional relacionada amb l'Òptica i l'Optometria, EM COMPROMETO A COMUNICAR-HO a aquesta corporació.**

*El/la que subscriu, sota la seva exclusiva responsabilitat, respon de la veracitat de les dades facilitades i autenticitat de la documentació aportada.*

**\*Lloc i data:**

|                         |                                       |
|-------------------------|---------------------------------------|
| <b>*Nom i Signatura</b> | <b>Segell COOC i firma receptor/a</b> |
|-------------------------|---------------------------------------|

**LA COL·LEGIACIÓ NO SERÀ EFECTIVA FINS L'APROVACIÓ DE LA COMISSIÓ PERMANENT DEL COOC**

De conformitat amb el que disposen les normatives vigents en protecció de dades, li informem que les seves dades personals seran tractades sota la responsabilitat de COL·LEGI OFICIAL D'OPTICS OPTOMETRISTRES I ÒPTIQUES OPTOMETRISTES DE CATALUNYA per a gestionar la relació que ens vincula, i es conservaran durant no més temps del necessari per a mantenir la finalitat del tractament. No es comunicaran dades a tercers, excepte per obligació legal. Pot exercir els drets d'accés, rectificació, portabilitat, supressió, limitació i oposició enviant un missatge a [dpd@cooc.cat](mailto:dpd@cooc.cat)