



Solicitud de colegiación.

1. Datos personales.

Accesibles al público en la web*

Nombre y apellidos según consta en el DNI/NIE o Pasaporte:		
Nombre:	I apellido:	II apellido:
Título de Grado o Diplomado/a en Trabajo Social, fecha y lugar de expedición:		
Nombre de la titulación:		
Universidad:	Fecha:	Lugar:
Situación de ejercicio profesional:		
¿Estás inhabilitado o suspendido para el ejercicio profesional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Datos a cumplimentar por el Colegio:		
Número de colegiado/a: 30/	Fecha de incorporación: / /	Situación:

* (BOE 15/02/1974) Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (actualización: 7/7/2012)

Artículo 10. Ventanilla única. 2. A través de la referida ventanilla única, para la mejor defensa de los derechos de los consumidores y usuarios, las organizaciones colegiales ofrecerán la siguiente información, que deberá ser **clara, inequívoca y gratuita:** a) El acceso al Registro de colegiados, que estará permanentemente actualizado y en el que constarán, al menos, los siguientes datos: **nombre y apellidos** de los profesionales colegiados, **número de colegiación**, **títulos oficiales** de los que estén en posesión, domicilio profesional y **situación de habilitación profesional**.

No accesibles al público en la web

Datos de colegiación (si ya te has colegiado, estás exento/a de pagos de inscripción) OPCIONAL:		
¿Estás actualmente precolegiada/o en este Colegio? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Has estado colegiada/o en este Colegio anteriormente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
¿Estás o has estado en otro Colegio de Trabajo Social? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿en cuál?		
Datos personales:		
N.º de DNI/NIE o Pasaporte:	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Fecha de nacimiento: / /	Lugar de nacimiento:	
Correo electrónico principal (personal o profesional, pero solo uno) a efectos de comunicación:		
Datos de contacto personales:		
Teléfono:	Fax:	Email:
Domicilio a efectos de notificación:		
Dirección personal:		Número:
Piso:	Puerta:	Otros:
Código Postal:	Localidad/pedanía:	
Municipio/Ayuntamiento:	Provincia:	



2. Datos profesionales.

Accesibles al público en la web*

¿Ejerces como trabajador/a social?

- No.
 Sí, ejerzo como trabajador/a social.

En caso de ejercer, debe cumplimentar los siguientes datos:

Centro de trabajo:

Institución/entidad:

Datos de contacto del trabajo (NO INDIQUE DATOS PERSONALES):

Teléfono: Fax: Email:

Domicilio profesional (NO INDIQUE DATOS PERSONALES):

Dirección profesional: Número:

Piso: Puerta: Otros:

Código Postal: Ayuntamiento:

Localidad/pedanía: Provincia:

*(BOE 15/02/1974) Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales (actualización: 7/7/2012)

Artículo 10. Ventanilla única. 2. A través de la referida ventanilla única, para la mejor defensa de los derechos de los consumidores y usuarios, las organizaciones colegiales ofrecerán la siguiente información, que deberá ser **clara, inequívoca y gratuita**: **a)** El acceso al Registro de colegiados, que estará permanentemente actualizado y en el que constarán, al menos, los siguientes datos: nombre y apellidos de los profesionales colegiados, número de colegiación, títulos oficiales de los que estén en posesión, **domicilio profesional** y situación de habilitación profesional.

No accesibles al público en la web

Situación laboral

- Desempleo Empleo ajeno al trabajo social Empleo privado Empleo público

Sector profesional principal (marque solo uno), en caso de ejercer la profesión:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Animación sociocultural | <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Personas maltratadas |
| <input type="checkbox"/> Cooperación al Desarrollo | <input type="checkbox"/> Empresa | <input type="checkbox"/> Reclusos |
| <input type="checkbox"/> Autonomía y dependencia | <input type="checkbox"/> Exclusión social | <input type="checkbox"/> Servicios Sociales municipales |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo comunitario | <input type="checkbox"/> Inmigración | <input type="checkbox"/> Salud |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Menores | <input type="checkbox"/> Tercera edad |
| <input type="checkbox"/> Docencia | <input type="checkbox"/> Minorías étnicas | <input type="checkbox"/> Víctimas |
| <input type="checkbox"/> Drogodependencias y adicciones | <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Vivienda |



3. Orden de domiciliación de recibos de las cuotas.

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA / SEPA Direct Debit Mandate

A cumplimentar por la persona que solicita la colegiación:	
<i>Nombre del deudor/es / Debtor's name (titular/es de la cuenta de cargo):</i>	<input type="text"/>
<i>Dirección del deudor Address of the debtor</i>	<input type="text"/>
<i>C. postal - Población - Provincia Postal Code - City - Town</i>	<input type="text"/>
<i>País del deudor Country of the debtor</i>	<input type="text"/>
<i>Swift BIC / Swift BIC (up to 8 or 11 characters) (puede contener 8 u 11 posiciones) OPCIONAL</i>	<input type="text"/>
<i>Banco o Caja / Bank</i>	<input type="text"/>
<i>Número de cuenta - IBAN / Account number - IBAN</i>	
E S <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
En España el IBAN consta de 24 posiciones comenzando siempre por ES / Spanish IBAN of 24 positions always starting ES	
<i>Tipo de pago: Pago recurrente Type of payment: Recurrent payment</i>	<i>Firma del deudor Signature of the debtor</i>
<i>Fecha Date</i> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Firma
<i>Localidad / location in which you are signing</i>	
<input type="text"/>	

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.

A cumplimentar por el Colegio Oficial de Trabajo Social:	
<i>Referencia de la orden de domiciliación: Mandate reference</i>	3 0 / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>Identificador del acreedor Creditor Identifier</i>	ES 81 001 Q3069013E
<i>Nombre del acreedor: Creditor's name</i>	Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia.
<i>Dirección / Address</i>	C/ Sargento Ángel Tornel 1, bajo
<i>C.P. - Población - Provincia - País: Postal Code - City - Town - Country</i>	30009 - Murcia - Región de Murcia - España.

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.
ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.



4. Protección de datos. Consentimiento explícito.

El Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia es el **Responsable del tratamiento** de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), la Ley Orgánica (ES) 15/1999 de 13 de diciembre (LOPD) y el Real Decreto (ES) 1720/2007 de 21 de diciembre (RDLOPD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento:

- **General:** mantener una relación comercial mediante el envío de comunicaciones de nuestros productos o servicios para la prestación de los servicios contratados.
- **Verificación del título:** Verificar la validez del título ante el Ministerio de Educación.
- **Ventanilla Única web:** de acuerdo con la Ley de Colegios Profesionales y la normativa de protección de datos, se incorporarán sus datos en la ventanilla única del Consejo General del Trabajo Social, haciéndose públicos: nombre y apellidos de los profesionales colegiados, número de colegiación, títulos oficiales de los que estén en posesión, domicilio profesional y situación de habilitación profesional.
- **Administración, gestión y correspondencia:** Gestión de cobro de recibos, gestiones necesarias para los servicios solicitados y el envío de correspondencia.
- **Asesoramiento jurídico o profesional:** en caso de formular consultas que lo requieran, se facilitarán los datos de contacto y los de la consulta a las asesorías (jurídica, laboral, del Consejo General, etc.) que corresponda para su resolución.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal, aparte de los siguientes:

Al Consejo General para su incorporación a la ventanilla única en la página web.

A empresas de cobro de recibos y de administración y gestión y envío de correspondencia.

En caso de formular consultas, a las asesorías del Colegio, ya sean jurídicas, laborales, profesionales, u otras.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia - C/ Sargento Ángel Tornel 1 bajo 30009 Murcia - murcia@cgotrabajosocial.es

Consentimiento explícito:

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal. El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos con la firma de la solicitud.

Le rogamos que, en el supuesto de producirse alguna modificación en sus datos de carácter personal, nos lo comunique con el fin de mantener actualizados los mismos.



5. Declaración, consentimientos y firma de la solicitud.

D./Dña. _____,

titulado/a en Trabajo Social, **DECLARA bajo su responsabilidad** que los datos expresados son ciertos y que reúne las condiciones exigidas para ejercer la profesión, de acuerdo con la legislación vigente, por lo que solicita su admisión al Colegio Oficial, para lo cual aporta la documentación requerida y **CONSIENTE EXPRESAMENTE**:

(IMPRESINDIBLE): Al tratamiento de sus datos en los términos expuestos de conformidad con el consentimiento explícito. **EN CASO DE NO AUTORIZAR NO SERÁ POSIBLE PRESTAR EL SERVICIO REQUERIDO.**

A realizar comunicaciones periódicas, incluyendo envíos por correo electrónico, que el Colegio llevará a cabo para informar de las actividades y servicios que desarrolla por sí o a través de entidades colaboradoras.

Pago de matrícula en concepto sede colegial (60 €): Marque la casilla correspondiente:

sí desea fraccionar el pago en dos recibos de 30 € que se le girarán en los siguientes meses de marzo y octubre,

No fracciona, abona en el momento del alta el importe de 60 €.

Exenta/o por haber estado colegiada/o en este Colegio o en otro Colegio de Trabajo Social de España.

Solicitud de expedición y envío del carné colegial (El carné es personal e intransferible. Caduca a los 4 años. Solo tendrá validez mientras esté dado de alta y al corriente de la cuota).

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD que la foto que aporta se corresponde con su imagen actual, siendo reciente, y solicita que el Consejo General expida el Carné Colegial y se remita desde el Colegio a su correo electrónico.

Sello colegial: He recogido el sello colegial 30/ _____, recibiendo la información que, con dicho sello puedo firmar obviando mis datos personales, pero que cualquier persona puede identificar los datos en la ventanilla única de la web.

Por último, **queda informada/o** de las siguientes cuestiones:

- Que, la **colegiación es obligatoria** para el ejercicio de la profesión en el Colegio del domicilio profesional principal, de acuerdo con la ley de Colegios Profesionales y el artículo tercero de la Ley 10/1982, de 13 de abril (BOE 26/04/1982).
- Que, conozco los **Estatutos del Colegio (16/09/2003 BORM)**, en especial derechos y deberes, y el [Código Deontológico de Trabajo Social](#), de obligado cumplimiento a profesionales de Trabajo Social en ejercicio de la profesión, cualquier que sea la modalidad profesional o contractual, y que su incumplimiento supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos.
- Que, de acuerdo con los Estatutos, tengo derecho a asistir con voz y voto a las **asambleas**, las actas serán públicas y los acuerdos, inmediatamente ejecutivos, obligan a las personas colegiadas, incluso si votan en contra, se abstienen o no asisten.
- Que, para aplicar **reducciones de cuota**, debe presentar el Informe de Seguridad Social (vida laboral / situación actual / negativo de afiliación y documentación que se requiera), antes de cada giro de recibo, en el plazo indicado, y si no lo hiciera así, se aplicará por defecto el importe general.
- Que, para cursar la **baja voluntaria**, debe acreditar que no ejerce como trabajador/a social con solicitud, copia del DNI e informe de la Seguridad Social (vida laboral / situación actual / negativo de afiliación) que acredite que no ejerce la profesión, así como devolver el sello y el carné colegial; y abonar los **recibos pendientes de pago**, incluida la cuota de sede si la fracciona.
- Que, en caso de **pérdida o robo del carné colegial o el sello colegial**, debe comunicarlo inmediatamente al Colegio para su conocimiento, recomendándole que presente denuncia si considera que pudiera hacerse un uso indebido de los mismos.

Lugar:

Fecha: / /

Firma (será la utilizada para comprobar autoría de cualquier documento firmado)

A/AL ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE TRABAJO SOCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA



Anexos.

Anexo I. Autorización a terceras personas.

Solo en caso de realización del trámite a través de terceras personas:

La persona autorizada tendrá que aportar su DNI/NIE o Pasaporte para su fotocopia en el Colegio

D./Dña.

Con DNI/NIE o Pasaporte

AUTORIZA A:

D./Dña.

Con DNI/NIE o Pasaporte

A tramitar su alta colegial, así como a recoger en su nombre la documentación justificativa de su colegiación y entrega del sello colegial.

Lo que firmo en

, a fecha / /

Fdo. QUIEN AUTORIZA

Fdo. LA PERSONA AUTORIZADA



Anexo II. Declaración responsable.

Solo en caso de realización del trámite de forma no presencial para acreditar que la fotocopia del DNI es copia del original (también puede acreditarse mediante copia notarial o compulsada en Aytos).

DECLARACION RESPONSABLE

D/D.^a con DNI _____, actuando en nombre propio en el curso de la solicitud de su colegiación ante el Colegio Oficial de Trabajo Social de la Región de Murcia, DECLARA bajo su responsabilidad que la fotocopia de su DNI adjuntada a la referida solicitud es fiel copia de su original.

Y para que así conste, y sin perjuicio de la facultad del Colegio de requerir la exhibición del DNI original, se expide esta declaración en _____, a _____ de _____ de _____.

Fdo. _____