

INSTANCIA ALTA ESTUDIANTE UNIVERSITARIO PRE-COLEGIADO

D./Da. _____,

Estudiante universitario, mayor de edad, con DNI _____, ante V.I. comparece y, respetuosamente,

EXPONE :

Que por medio del presente escrito solicito el ALTA como **Estudiante Universitario Pre-colegiado** en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia, adjuntando a tal efecto la ficha debidamente cumplimentada y la documentación preceptiva.

En su virtud,

SOLICITO DE V.I.: Tenga por presentado este escrito junto con la documentación que se acompaña, y acuerde el Alta solicitada. Murcia, ____ de _____ de 20____.

FDO. _____

Excma. Sra. Presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia
Colegio Oficial de Farmacéuticos
MURCIA

FICHA ESTUDIANTE UNIVERSITARIO PRE-COLEGIADO

D./Da. _____

Estudiante, mayor de edad, con **domicilio familiar** en la localidad de _____,

Provincia de _____, calle _____

número _____, Esc. __ , piso _____. Código Postal _____, Teléfono _____,

Fax _____, e-mail _____

y con **domicilio de estudios** en la localidad de _____, Provincia de _____,

calle _____ número _____, Esc. ____, piso _____.
Código Postal _____, Teléfono _____, Fax _____, N.I.F _____,

ante V.I. comparece y respetuosamente,

EXPONE

Que estando matriculado en ____ Curso del Grado en Farmacia en la Universidad _____, y deseando causar alta como **estudiante universitario pre-colegiado** en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia:

- Presenta la siguiente documentación:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.- Original del Justificante de la Matrícula Universitaria | SI <input type="checkbox"/> | |
| 2.- Dos fotografías | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6.- D.N.I. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

SOLICITA

Que, previos los trámites reglamentarios se me conceda el alta como **Estudiante Universitario Precolegiado/a** en ese Colegio, comprometiéndome a respetar lo establecido en la Reglamentación Jurídica del Pre-colegiado, Estatutos Colegiales y demás normas de obligado cumplimiento.

(En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Persona (LOPD), la Junta de Gobierno le informa que los datos de carácter personal que nos proporcione rellenando este formulario se recogerán en ficheros con la finalidad descrita en el Reglamento Jurídico del Estudiante Universitario Pre-colegiado. En virtud de lo dispuesto en el art. 15 y siguientes de la LOPD y en los términos que indica el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a este Colegio Oficial de Farmacéuticos. El hecho que no introduzca los datos de carácter personal que aparecen en el formulario de inscripción podrá tener como consecuencia que la Junta de Gobierno no pueda atender su solicitud. Asimismo, usted reconoce que la información y los datos personales recogidos son exactos y veraces. Por ello le pedimos que comunique inmediatamente cualquier modificación de sus datos de carácter personal para que la información que contienen nuestros ficheros esté siempre actualizada y no contenga errores.)

Fdo. _____

**Excma. Sra. Presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia
MURCIA**

ALTA COMO ESTUDIANTE UNIVERSITARIO PRE- COLEGIADO EN JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA DEL DÍA ____ / ____ DE 20____

Firma del Sr. Secretario

NÚMERO PRE- COLEGIADO: _____

_____, a _____ de _____ de 20____

(firma y rúbrica)