

## DOCUMENTO FIRMA CONSENTIMIENTO REGISTRO COLEGIAL

Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar de Firma (Provincia): \_\_\_\_\_

Firmado: D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

La firma del presente documento será considerada por el Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León a efecto de Registro de firma.

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE CASTILLA Y LEÓN ES RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE CONFORMIDAD CON EL GDPR Y LA LOPDGDD, CON LA FINALIDAD DE MANTENER UNA RELACIÓN COMERCIAL Y CONSERVAR LOS DATOS DURANTE NO MÁS TIEMPO DEL NECESARIO PARA ELLO. NO SE COMUNICARÁN LOS DATOS A TERCEROS. PUEDE EJERCER LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, PORTABILIDAD, SUPRESIÓN, LIMITACIÓN Y OPOSICIÓN EN C/ DIVINA PASTORA,, 6 ENTREPLANT - 47004 VALLADOLID (VALLADOLID). EMAIL: COPCYL2@COP.ES Y EL DE RECLAMACIÓN A WWW.AEPD.ES. DATOS DE CONTACTO DEL DPO: DPO@RSPRIVACIDAD.ES