

## 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 Entreplanta - 47004 Valladolid (Valladolid). Email: [copcy12@cop.es](mailto:copcy12@cop.es) y el de reclamación a [www.aepd.es](http://www.aepd.es). Datos de contacto del DPO: [dpo@rsprivacidad.es](mailto:dpo@rsprivacidad.es)