



CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES DE
Dietistas-Nutricionistas



Registro de
Dietistas-Nutricionistas
con especialidad acreditada

Redinut

Adjuntar
fotografía
reciente

SOLICITUD DE DIETISTA-NUTRICIONISTA CON ESPECIALIDAD ACREDITADA (Redinut®)

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR ESTA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN

PARA FORMALIZAR SU ADMISIÓN, DEBE ENVIAR ESTA SOLICITUD CUMPLIMENTADA JUNTO CON:

- FOTOCOPIA DEL **DNI, PASAPORTE O NIE.**
- DECLARACIÓN RESPONSABLE. (ADJUNTADA EN ESTE MISMO DOCUMENTO)
- **CURRICULUM VITAE DETALLADO (EL CUAL ACREDITE FORMACIÓN AVANZADA Y CONTINUADA, ASI COMO UNA EXPERIENCIA COMO PROFESIONAL DE 5 AÑOS ESPECIFICA EN EL ÁREA QUE SE DESEA ACREDITAR)**

DEBE ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN WEB CORRECTAMENTE FIRMADA MEDIANTE CERTIFICADO ELECTRONICO VÁLIDO:

registro@consejodietistasnutricionistas.com

A TRAVÉS DEL ESPACIO DESTINADO EN LA WEB DEL CONSEJO PARA ELLO.

LOS ESPACIOS SOMBREADOS SERÁN CUMPLIMENTADOS POR LA PERSONA RESPONSABLE DEL AREA REDINUT.
LA SOLICITUD SERÁ RESULETA POR LA COMISIÓN EJECUTIVA EN LA SIGUIENTE JUNTA MANTENIDA TRAS LA RECEPCIÓN DE LA MISMA,
RESERVANDOSE LOS DERECHOS DE APROBACION.

LA NO RESPUESTA NO SIGNIFICA ACEPTACION POR PARTE DE LA COMISION EJECUTIVA.

Nº DE REGISTRO DE ENTRADA	Nº DE COLEGIADA/O	FECHA DE SOLICITUD

DATOS PERSONALES

APELLIDOS:			
NOMBRE:		DNI:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:			
DIRECCIÓN:			
C.P.:		POBLACION (PROVINCIA):	
TELEFONOS:		E-MAIL:	

DATOS PROFESIONALES

Nº DE COLEGIADO/A

- Trabajador por cuenta ajena
 Autónomo

TIPO DE ACTIVIDAD

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA Y/O ATENCIÓN PRIMARIA | <input type="checkbox"/> RESTAURACIÓN COLECTIVA |
| <input type="checkbox"/> INDUSTRIA ALIMENTARIA | <input type="checkbox"/> CONSULTA PRIVADA |
| <input type="checkbox"/> DOCENCIA | <input type="checkbox"/> INVESTIGACIÓN |
| <input type="checkbox"/> SOCIOSANITARIA | <input type="checkbox"/> OTROS: |
| <input type="checkbox"/> SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN COMUNITARIA | |

DIRECCIÓN PROFESIONAL

CENTRO DE TRABAJO:			
DIRECCIÓN:			
C.P		LOCALIDAD(PROVINACIA):	
TELÉFONO:		E-MAIL:	
HORARIO:			
PAGINA WEB:			
IDIOMAS:			

SOLICITUD DE ACREDITACION

ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES Y ESPECIFIQUE CUAL SI ES NECESARIO:

- | | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | DIETISTA-NUTRICIONISTA CLÍNICO ACREDITADO | <u>IDIOMA EN LA QUE PREFIERE
OBTENER LA ACREDITACIÓN
(ELIJA UNO):</u> |
| <input type="checkbox"/> | ETAPAS FISIOLÓGICAS | |
| <input type="checkbox"/> | ESTADOS PATOLÓGICOS | |
| <input type="checkbox"/> | DEPORTIVA | |
| <input type="checkbox"/> | DIETISTA-NUTRICIONISTA ACREDITADO EN SALUD PUBLICA Y COMUNITARIA | CASTELLANO |
| <input type="checkbox"/> | DIETISTA-NUTRICIONISTA INVESTIGADOR Y DOCENTE ACREDITADO | EUSKERA |
| <input type="checkbox"/> | DIETISTA-NUTRICIONISTA ACREDITADO EN INDUSTRIA | GALLEGO |
| <input type="checkbox"/> | DIETISTA-NUTRICIONISTA ACREDITADO EN RESTAURACIÓN COLECTIVA | CATALÁN |

Si lo desea, amplie aquí la información sobre el tipo de especialidad escogida:

DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE LA VERACIDAD DE LOS DATOS EXPRESADOS

D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI/NIF _____, con nº de
colegiada/o _____ del Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas

DECLARA BAJO JURAMENTO

QUE TODOS LOS DATOS APORTADOS Y DECLARADOS SON VERACES, Y QUE AUTORIZO AL CGCODN LLEGADO EL CASO A SOLICITAR LA INFORMACION QUE ASI LO CONSIDERE PARA VERIFICAR LA VERACIDAD DE LOS DATOS Y REQUISITOS NECESARIOS. ASÍ COMO QUE LA DOCUMENTACION PRESENTADA ES COPIA ESCANEADA DE LA ORIGINAL Y QUE TODA LA INFORMACIÓN RECOGIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ.

D./DÑA. (NOMBRE, APELLIDOS Y FIRMA)

EN

,A

DE

DE

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO: CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS (CGCODN). C.I.F.: G-98521800. C/ Rev. Rafael Tramoyeres, 1. 46020 Valencia - secretaria@consejodietistasnutricionistas.com.

FINALIDADES DEL TRATAMIENTO:

- a) Para el cumplimiento de las potestades del CGCODN y ofrecimiento de los servicios a los colegiados: Registro y gestión de colegiados, control de los requisitos de acceso, gestión y control de la biblioteca, publicación de sus datos profesionales en el directorio público del CGCODN.

LEGITIMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS:

- a) Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. Estatutos y Reglamento de Régimen Interior. Alta del colegiado e interés legítimo en remitirle informaciones comerciales de interés para nuestro ámbito. Publicación de sus datos: art. 10 de la Ley 25/2009 (Ley Ómnibus). b y c. Consentimiento del interesado.

DESTINATARIOS DE SUS DATOS:

Consejo General del ámbito (Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales). Aquellos organismos y entidades ante los que sea necesario identificar a los colegiados y otras cesiones legales. Sus datos profesionales y nº de colegiado serán públicos en el directorio de profesionales del CGCODN.

CONSERVACIÓN DE SUS DATOS:

Durante el alta en el registro y, finalizada ésta, durante los plazos exigidos por ley para atender eventuales responsabilidades.

DERECHOS:

Puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición dirigiéndose a los datos del responsable. En caso de divergencias, puede presentar una reclamación ante la Agencia de Protección de Datos (www.aepd.es).