

## **VENTANILLA ÚNICA**

Con motivo de las obligaciones que la Ley 25/2009 de 22 de diciembre de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, el Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León ha implantado la Ventanilla Única, en base a lo estipulado al artículo 5 de dicha norma legal.

En dicho artículo se establece que el Colegio deberá, para la mejor defensa de los derechos de los consumidores y usuarios, facilitar el acceso al Registro de colegiados. En el mismo, deben constar 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.

Con tal finalidad, debes facilitar la ficha adjunta en el anexo 1 con los datos actualizados al Colegio. En caso de no recibir comunicación alguna, el colegio procederá a incluir los datos de los que dispone en sus archivos.

Igualmente te adjunto el aviso legal LOPD en el anexo 2 que debes rellenar y firmar y facilitar también al colegio.

Dichos anexos se remitirán al Colegio debidamente FIRMADOS por correo ordinario (C/ Divina Pastora, 6 – Entreplanta. 47004 Valladolid), a través de un pdf por correo electrónico ([copcyl2@cop.es](mailto:copcyl2@cop.es)) o por fax (983-210321).

ANEXO 1

**FICHA DE DATOS A INCLUIR EN EL REGISTRO DE COLEGIADOS DE LA  
VENTANILLA ÚNICA**

Nombre y apellidos:

Nº de colegiado:

Títulos oficiales: (se consideran a estos efectos exclusivamente los siguientes: el Título Universitario que haya facilitado en la colegiación, el Título de Doctor en Psicología, el Título de Especialista en Psicología Clínica y los Títulos expedidos por Universidades con indicación expresa en su denominación de Experto o Máster)

Domicilio Profesional: (en caso de no especificar, este campo aparecerá vacío en la ventanilla única)  
(Calle, portal, nº, piso, letra, localidad, provincia y código postal)

*Teléfono:*

*Fax:*

*Email:*

*Áreas de intervención:*

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firmado

ANEXO 2

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999) le informamos que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de ficheros titularidad del Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León, cuya finalidad exclusiva es el cumplimiento de los fines colegiales descritos en las leyes, estatal y autonómica, de Colegios Profesionales y especialmente en los Estatutos de la Corporación, entre otros, ostentar la representación de la profesión y de los colegiados en toda clase de procesos y procedimientos que afecten a los intereses profesionales de cualquier colegiado; velar por los derechos de los particulares; ejercer la potestad sancionadora y la gestión de los intereses privados de sus miembros.

El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada Ley Orgánica 15/1999, mediante escrito, acompañado de fotocopia de NIF, dirigido al Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.

Igualmente, en virtud de la Ley 34/2002 de servicios de la sociedad de la información y del comercio electrónico, se le pide autorización expresa para poder remitirle información sobre dichos servicios por correo electrónico y SMS, para lo cual deberá marcar las casillas correspondientes a continuación. En cualquier momento puede revocar ese consentimiento expreso, enviando un correo electrónico a [copcyl2@cop.es](mailto:copcyl2@cop.es), indicando en el asunto del mensaje la palabra "Baja".

- |                                    |              |                          |
|------------------------------------|--------------|--------------------------|
| - Remisión de correos electrónicos | Consiento    | <input type="checkbox"/> |
|                                    | No consiento | <input type="checkbox"/> |
| - Remisión de mensajes de móvil    | Consiento    | <input type="checkbox"/> |
|                                    | No consiento | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_