



Pegar una
fotografía
reciente

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PARA FORMALIZAR SU ADMISIÓN, DEBE ENVIAR ESTA SOLICITUD CUMPLIMENTADA **POR CORREO CERTIFICADO O ENTREGARLA DE MANERA PRESENCIAL EN LA SEDE DEL CODiNuCoVa**, JUNTO CON:

- FOTOCOPIA DEL **DNI**, PASAPORTE O NIE.
- FOTOCOPIA COMPULSADA DEL **TÍTULO OFICIAL DE NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA**, DEL RESGUARDO DE HABER ABONADO LOS DERECHOS DEL TÍTULO O DE DOCUMENTO OFICIAL QUE ASIMILE LA TITULACIÓN EXTRANJERA AL TÍTULO OFICIAL DE NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA.
- FOTOCOPIA DEL RECIBO DEL **PAGO DE LA TASA DE INSCRIPCIÓN**, MEDIANTE INGRESO BANCARIO EN EL Nº DE CUENTA: ES73 0081 1507 7900 0109 2820 (BANCO SABADELL) INDICANDO EN EL CONCEPTO DEL INGRESO EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA COLEGIACIÓN. EN EL CASO DE PASAR DE PRECOLEGIADO/A A COLEGIADO/A, ESTAS TASAS ESTÁN EXENTAS DEL PAGO.
- **EN CASO DE HABER ESTADO COLEGIADO/A CON ANTERIORIDAD** EN ESTE O EN OTRO COLEGIO OFICIAL, **DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ENCONTRARSE AL CORRIENTE DE SUS OBLIGACIONES** CON LOS MISMOS. (**MODELO 2**).

SI UD. PERTENECE ACTUALMENTE A OTRO COLEGIO DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS, SOLICITE UN TRASLADO DE EXPEDIENTE PARA AHORRARLE TIEMPO Y DINERO EN LA GESTIÓN DE SU ALTA.

ADICIONAL PARA EJERCIENTES: ACREDITACIÓN DE DOMICILIO PROFESIONAL PRINCIPAL MEDIANTE DOCUMENTO VÁLIDO EN DERECHO: SI EXISTE UN CONTRATO LABORAL POR CUENTA AJENA, COPIA DEL CONTRATO DE TRABAJO O CERTIFICADO DE EMPRESA Y DECLARACIÓN DE LAS FUNCIONES DESARROLLADAS EN EL PUESTO DE TRABAJO. SI ES AUTÓNOMO, EMPRESARIO O PROFESIONAL LIBERAL, EL ALTA EN HACIENDA, EL ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL, EL ÚLTIMO RECIBO DEL PAGO DE LA CUOTA A LA SEGURIDAD SOCIAL, Y DECLARACIÓN DE LAS FUNCIONES DESARROLLADAS EN EL PUESTO DE TRABAJO.

- **DECLARACIÓN RESPONSABLE** EN LA QUE SE AFIRME **NO ESTAR INHABILITADO/A, NI SUSPENDIDO/A**, PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE DIETISTA-NUTRICIONISTA, POR SENTENCIA JUDICIAL FIRME O POR SANCIÓN DISCIPLINARIA EN OTRO COLEGIO PROFESIONAL. (**MODELO 1**).
- **DECLARACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES** (**MODELO 4**).

ADICIONAL PARA NO EJERCIENTES:

- **DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ENCONTRARSE EN ESA SITUACIÓN.** (**MODELO 3**).

DEBE ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS Y NUTRICIONISTAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA (CODiNuCoVa)
AVENIDA MAESTRO RODRIGO, 95, PISO 1, PTA A
46015 VALENCIA

LOS ESPACIOS SOMBREADOS SERÁN CUMPLIMENTADOS POR EL CODiNuCoVa.

NÚMERO DE COLEGIADO

FECHA DE ALTA

DATOS PERSONALES¹

APELLIDOS

NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN NÚM. PISO PUERTA

CÓDIGO POSTAL POBLACIÓN (PROVINCIA)

TELÉFONOS E-CORREO

¹Es obligatorio informar al Colegio de los posibles cambios que se produzcan en sus datos personales y profesionales en un período no superior a sesenta días desde el momento del cambio.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS ASOCIADOS

RESPONSABLE: COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (CODINUCOVA), Av. Maestro Rodrigo 95, piso 1, pta. A (46015 Valencia), codinucova@delegado-datos.com, G98227366 **FINALIDAD:** Gestionar el alta, cumplir con las funciones y fines descritos en los Estatutos y, remitirle comunicaciones informativas y comerciales relacionadas con nuestro ámbito, inclusive por medios electrónicos. **LEGITIMACIÓN:** Ejecución del acuerdo de afiliación e interés legítimo en remitirle informaciones comerciales de interés para nuestro ámbito. **CESIONES:** Organismos públicos y/o privados necesarios para nuestros fines y, las legalmente previstas. **CONSERVACIÓN:** Durante alta en la entidad 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).

NO DESEO RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE SERVICIOS Y ACTIVIDADES OFRECIDOS POR EL COLEGIO.



DECLARACIÓN (MODELO 1)

D/DÑA , MAYOR DE EDAD, CON DNI/NIF
DOMICILIO EN LA POBLACIÓN DE
CALLE/AVENIDA/PLAZA Y TELÉFONOS
A LOS EFECTOS DE SU VALIDEZ COMO DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA ADMISIÓN EN EL COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-
NUTRICIONISTAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA (CODINUCOVA)

DECLARA RESPONSABLEMENTE

NO ESTAR INHABILITADO O INHABILITADA, NI SUSPENDIDO O SUSPENDIDA, PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE DIETISTA-
NUTRICIONISTA, POR SENTENCIA JUDICIAL FIRME O POR SANCIÓN DISCIPLINARIA EN OTRO COLEGIO PROFESIONAL. SI LLEGADO EL
CASO, SE REQUIRIERAN DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN, SE COMPROMETE A APORTAR LA
CORRESPONDIENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO CERTIFIQUE.

D. DÑA. /NOMBRE, APELLIDOS Y FIRMA)

EN _____ , A _____ DE _____ DE _____



DECLARACIÓN (MODELO 2)

D/DÑA , MAYOR DE EDAD, CON DNI/NIF
DOMICILIO EN LA POBLACIÓN DE
CALLE/AVENIDA/PLAZA Y TELÉFONOS
A LOS EFECTOS DE SU VALIDEZ COMO DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA ADMISIÓN EN EL COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-
NUTRICIONISTAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA (CODINUCOVA).

DECLARA RESPONSABLEMENTE

ESTAR AL CORRIENTE DE SUS OBLIGACIONES ANTE ESTE U OTROS COLEGIOS PROFESIONALES A LOS QUE HA PERTENECIDO HASTA EL DÍA DE HOY. SI LLEGADO EL CASO, SE REQUIRIERAN DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN, SE COMPROMETE A APORTAR LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO CERTIFIQUE.

D. DÑA. /NOMBRE, APELLIDOS Y FIRMA)

EN _____ , A _____ DE _____ DE _____



D/DÑA , MAYOR DE EDAD, CON DNI/NIF
DOMICILIO EN LA POBLACIÓN DE
CALLE/AVENIDA/PLAZA Y TELÉFONOS
A LOS EFECTOS DE SU VALIDEZ COMO DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA ADMISIÓN EN EL COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-
NUTRICIONISTAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA (CODINUCOVA)

DECLARA RESPONSABLEMENTE

NO ESTAR EJERCENDO LA PROFESIÓN DE DIETISTA-NUTRICIONISTA NI CUALQUIER OTRO EMPLEO DEL ÁMBITO DE LA NUTRICIÓN HUMANA, DIETÉTICA Y ALIMENTACIÓN PARA LOS QUE CAPACITA SU FORMACIÓN ACADÉMICA EN ESTE CAMPO. SI LLEGADO EL CASO, SE REQUIRIERAN DATOS PARA LA COMPROBACIÓN DE ESTA DECLARACIÓN, SE COMPROMETE A APORTAR LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO CERTIFIQUE, POR LO QUE ASUME SU RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL EN CASO DE QUE SE DEMOSTRASE LO CONTRARIO. ASIMISMO, SE COMPROMETE A FACILITAR AL COLEGIO DE FORMA INMEDIATA, EL CAMBIO DE SITUACIÓN LABORAL PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

D. DÑA. /NOMBRE, APELLIDOS Y FIRMA)

EN _____ , A _____ DE _____ DE _____



DECLARACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

A cumplimentar por el/la dietista-nutricionista.

	Por favor, marque con una X aquellas competencias profesionales que realice en su trabajo habitual	Sí	No
1	¿Impartes charlas de nutrición?		
2	¿Redactas artículos divulgativos de nutrición?		
3	¿Impartes formación a otros profesionales sanitarios?		
4	¿Impartes formación a otros Dietistas-Nutricionistas?		
5	¿Debes tener en cuenta la biodisponibilidad de los nutrientes, las características organolépticas de los alimentos y las modificaciones de éstos en los procesos culinarios y tecnológicos?		
6	¿Trabajas en procesos básicos de elaboración, transformación y conservación de alimentos?		
7	¿Controlas la microbiología, parasitología y toxicología de los alimentos?		
8	¿Diseñas menús individuales y/o colectivos?		
9	¿Diseñas dietas especiales?		
10	¿Aplicas protocolos de evaluación de estado nutricional?		
11	¿Realizas historias dietéticas?		
12	¿Interpretas diagnósticos médicos y analíticas?		
13	¿Supervisas y gestionas servicios de alimentación?		
14	¿Supervisas y gestionas unidades de alimentación y nutrición hospitalaria?		
15	¿Intervienes en planes de tratamiento dietético-nutricional ambulatorio?		
16	¿Intervienes en estudios epidemiológicos nutricionales?		
17	¿Participas en la planificación, análisis y evaluación de programas de intervención en alimentación y nutrición?		
18	¿Participas en actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades?		
19	¿Colaboras en políticas alimentarias?		
20	¿Asesoras en el etiquetado, comunicación y marketing de los productos alimenticios?		
21	¿Intervienes en la calidad y seguridad alimentaria de productos, instalaciones y procesos?		
22	¿Das formación al personal del servicio de restauración: cocineros, ayudantes, monitores, etc.?		
23	¿Desarrollas líneas de investigación?		
24	¿Realizas otras funciones o competencias que no se hayan recogido en este formulario? Cítelas más abajo.		

En prueba de conformidad, firma el presente documento en

Valencia a..... de..... de.....

D./Dña./ Nombre, apellidos y firma.



CODiNuCoVa
Colegio Oficial de Dietistas Nutricionistas
de la Comunitat Valenciana

DATOS BANCARIOS DEL TITULAR DE LA CUENTA CORRIENTE

APELLIDOS:

NOMBRE:

DNI:

ENTIDAD:

Nº DE CUENTA:

D./Dña. (datos del titular de la cuenta)

AUTORIZA AL COLEGIO OFICIAL DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA (CODiNuCoVa) AL CARGO EN ESTA CUENTA DE LAS CANTIDADES APROBADAS EN ASAMBLEA GENERAL.

FECHA Y FIRMA: