



## HOJA DE AFILIACIÓN

### DATOS PERSONALES

Apellido 1º \_\_\_\_\_ Apellido 2º \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ D P \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Tf. Particular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

### DATOS PROFESIONALES

Grupo \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Destino \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_

Ayuntamiento \_\_\_\_\_ Fecha ingreso Cuerpo \_\_\_\_\_

### DATOS DE AFILIACIÓN(a rellenar por CPPM)

Fecha de afiliación \_\_\_\_\_ Nº de Afiliado \_\_\_\_\_

#### NOTA: La doble afiliación deja sin efecto la cobertura del seguro de sanciones.

*En cumplimiento del Reglamento General de Protección de datos (UE) 2016/679 el Sindicato Profesional de Policía Municipal (CPPM) tratará los datos de carácter personal que el AFILIADO/A le facilite de forma leal, honesta y transparente, con la finalidad de prestar los servicios y realizar las actividades que le son propias. En dicho tratamiento, el SINDICATO CPPM podrá ceder dichos datos personales a aquellas entidades con las que colabore y que sea necesario para la ejecución de los servicios prestados por el SINDICATO CPPM y que son objeto del presente contrato. Por medio de la firma del presente contrato, el AFILIADO/A ACEPTA EXPRESAMENTE tanto el traslado de los datos de carácter personal que sean necesarios a terceras entidades para la ejecución del presente contrato como al tratamiento de los datos por parte del SINDICATO CPPM así como de las restantes entidades que sean necesarias. Del mismo modo, el AFILIADO/A ACEPTA EXPRESAMENTE que se puedan poner en contacto con él/ella, tanto el SINDICATO CPPM como las entidades con las que colabora, a fin de llevar a cabo los servicios prestados por medio del presente contrato de afiliación.*

*En cualquier momento podrá revocar esta autorización así como ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y/o limitación en el tratamiento de sus datos de carácter personal remitiendo un correo electrónico a los Responsables del Tratamiento, CPPM al correo electrónico [cppm@cppm.es](mailto:cppm@cppm.es)*

### DATOS BANCARIOS

Por la presente, autorizo a C.P.P.M al cobro de la cuota sindical en la cuenta cuyos datos se indican a continuación:

BANCO / CAJA		OFICINA	
TITULAR			

### Número IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Fdo:

**(EXENTO DE PAGO DURANTE EL PERIODO DE ACADEMIA)**