AÑO 2017 **ANEXO 3**

Solicitud de admisión a las Pruebas de Aptitud para la obtención del Certificado del Grupo A, según la legislación vigente

Apellidos		Nombre	D.N.I.
Domicilio (especificar calle, plaza, etc.)		Número	Escalera, piso, puerta…
Código postal	Localidad	Provincia	Teléfono de contacto
E-mail (por favor, escríbalo en MAYÚSCULAS)			

Marque el lugar donde desea realizar las Pruebas

☐ **A CORUÑA** ☐ **BARCELONA** ☐ **LAS PALMAS DE GRAN CANARIA**

☐ **MADRID** ☐ **PALMA DE MALLORCA** ☐ **SEVILLA** ☐ **VALENCIA**

De celebrarse las Pruebas únicamente en Barcelona o Madrid, indique su preferencia

☐ **BARCELONA** ☐ **MADRID**

Facturación: Si desea que su factura se emita a nombre de otra persona o entidad, ponga los datos aquí.

E X P O N E:

1º.- Que desea tomar parte en las Pruebas Selectivas de Aptitud para la obtención del **CERTIFICADO DEL GRUPO "A", según la legislación vigente** que se celebrarán en el **segundo trimestre del 2.017.**

2º.- Que tiene la titulación académica mínima necesaria, bachiller o equivalente, aportando para ello una fotocopia del título **COMPULSADO** por el Colegio de Mediadores de Seguros de su provincia, el Consejo General de los Colegios de Mediadores de Seguros, CECAS, o Administración competente, que acredita la mencionada titulación mínima o superior.

3º.- Que ha abonado la cantidad de **115,- Euros** en concepto de derechos de examen mediante ingreso en efectivo o transferencia a la cuenta **ES69-0075-1793-12-0608001741** (Banco Popular), abierta a nombre del **Centro de Estudios del Consejo General de los Colegios de Mediadores de Seguros**, y cuya fotocopia se adjunta a la presente.

4º.- **a)** Declara que tiene capacidad legal para ejercer el comercio.
b) Que no está inhabilitado para el ejercicio de la actividad de mediación de seguros.
c) APORTA: *(marque con una cruz el documento que aporta que también **debe estar COMPULSADO**)*

☐ Fotocopia del D.N.I. ☐ Fotocopia del pasaporte (Hojas identificativas)

☐ Fotocopia del Carnet de Conducir ☐ Fotocopia de la Tarjeta de Residencia

5º.- Que conoce el texto de la convocatoria y se somete a las especificaciones contenidas en la misma.

6º.- Que el solicitante se compromete, en caso de resultar APTO, a completar la documentación reglamentariamente exigida, a los efectos de obtención del Certificado del Grupo A.

7º.- Se informa al interesado que todos sus datos de carácter personal facilitados en el presente documento se incorporarán y tratarán en un fichero de datos propiedad del Consejo General de Colegios de Mediadores de Seguros con domicilio en la calle Núñez de Balboa, 116-3º, Madrid 28006, E-mail: consejo.general@cmste.com y en otro propiedad del Centro de Estudios del Consejo General de Colegios de Mediadores de Seguros (C.E.C.A.S.), con domicilio en la calle Diputación, 180-7ºA, 08011 Barcelona, E-mail: protecciondatos@cibercecas.com donde las personas legitimadas podrán ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición reconocidos en la vigente normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre).

La finalidad del tratamiento de los datos personales será la prestación del servicio y organización de las Pruebas de Aptitud para la obtención del "Certificado Grupo A".

El Titular de los datos consiente expresamente cualquier comunicación o cesión de datos en atención al fin descrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones u Organismo Autonómico competente.

S O L I C I T A:

Ser admitido a las Pruebas a que se refiere la presente solicitud y **DECLARA** que son ciertos los datos consignados en ella.

En _____, a _____ de _____ de _____

El interesado

Enviar la documentación original a:
CECAS Centro de Estudios
C/ Diputación, 180, 7º A 08011 Barcelona