



SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

<i>Registro de Entrada</i>							
COLEGIADO/A Nº:							
1	1	0	0				
FECHA ALTA: / /							

Nombre

Apellidos

SUPLICA a la Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz, previos los trámites que previenen las disposiciones vigentes, se digne acceder a la inscripción del/la que suscribe como Colegiado/a de número, a todos los efectos colegiales, para lo cual **acompaña los impresos y documentos requeridos**, acatando con la firma de la presente solicitud todas las disposiciones que regulan la colegiación obligatoria.

..... de de 2

Firma,

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA:

En todos los casos:	x
Fotocopia D.N.I.	
Título profesional , o testimonio notarial del mismo. O acreditación de haber finalizado los estudios correspondientes y justificante de tener abonados los derechos de expedición del título. (Muy Importante: COMPULSADO)	
Certificación Académica Personal con indicación expresa de los cursos en los que se superaron las correspondientes asignaturas conducentes a la obtención del Título profesional. (Muy Importante: COMPULSADA)	
Cuatro fotografías , tamaño carnet.	
Solicitud de adhesión a la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Colectiva suscrita por este Colegio Oficial, o justificante de pago vigente de la que tenga contratada por su cuenta.	
Si ha estado anteriormente colegiado/a en otro Colegio Oficial de Odontólogos-Estomatólogos (dentistas) de España: Certificación de antecedentes y de estar al corriente en el pago de cuotas.	
Para profesionales extranjeros o provistos de título expedido en el extranjero:	x
N.I.E. (En su caso: Certificado de Registro de Ciudadano de la Unión Europea de Comisaría del Cuerpo Nacional de Policía de la población de residencia).	
Certificado del país de origen , junto con su traducción oficial, expedido por el Colegio, la Asociación profesional o la Institución de la cual dependiese, acreditativo de haber cumplido correctamente sus deberes socio-profesionales, con indicación de las sanciones que les hubiesen sido impuestas y no rehabilitadas, de haber satisfecho las cuotas colegiales y de haber levantado las cargas que pudiesen haber.	
Acreditar, mediante la documentación oficial pertinente que dispone de permiso de trabajo, cómo odontólogo o médico estomatólogo y permiso de residencia.	
Acreditar la homologación del título extranjero por el Ministerio de Educación y Ciencia de España (Muy Importante: COMPULSADO).	



**ALTA / MODIFICACIÓN
DE DATOS PERSONALES Y ACADÉMICOS**

Apellidos:			
Nombre:			
D.N.I.:			
Localidad de Nacimiento:			
Provincia de Nacimiento:			
País de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:		
Título Profesional de: <input type="checkbox"/> Médico – Estomatólogo. <input type="checkbox"/> Médico – Odontólogo. <input type="checkbox"/> Odontólogo.			
Expedido con fecha:			
Por la Universidad de :			
Título: <input type="checkbox"/> Obtenido en la C. A. de Andalucía. <input type="checkbox"/> Obtenido fuera de la C. A. de Andalucía. <input type="checkbox"/> Comunitario. <input type="checkbox"/> Extracomunitario.			
Nivel de Competencia Profesional Acreditado: <input type="checkbox"/> Avanzado. <input type="checkbox"/> Experto. <input type="checkbox"/> Excelente.			
He estado anteriormente colegiado/a en España, en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos (dentistas) de la Provincia / Región:			
Dedicación profesional preferente:	<input type="checkbox"/> Periodoncia. <input type="checkbox"/> Implantes. <input type="checkbox"/> Ortodoncia. <input type="checkbox"/> Endodoncia.	<input type="checkbox"/> Conservadora. <input type="checkbox"/> Prótesis. <input type="checkbox"/> Disfunción A.T.M.	<input type="checkbox"/> Odontopediatría. <input type="checkbox"/> Gerodontología. <input type="checkbox"/> Pacientes Especiales.
Observaciones:			

..... de de 2

Firma,



El/la abajo firmante, D/Dñ^a.,
con su inscripción en el Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz, se compromete formalmente a
acatar con fidelidad los **Estatutos-Reglamentos** del mismo actualmente en vigor y cuantos
legalmente pudieran ser aprobados en el futuro.

Se compromete asimismo a acatar el **Código Ético y Deontológico Dental Español y el
Reglamento Regulator de la Publicidad** del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos
y Estomatólogos de España.

Conoce la obligatoriedad de tener contratado un **Seguro de Responsabilidad Civil Profesional**
que cubra las posibles indemnizaciones a pacientes que puedan derivarse de su ejercicio
profesional y **se compromete** a estar adherido a la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional
Colectiva suscrita por este Colegio Oficial, o a enviar periódicamente el justificante de pago
vigente de la que tenga contratada por su cuenta.

Conoce la obligatoriedad de incorporación al **Colegio Profesional que corresponda al domicilio
profesional único o principal**.

Y para que así conste y surta efecto, firma el presente documento.

..... de de 2

Firma,



ALTA / MODIFICACIÓN DE DIRECCIONES DE EJERCICIO PROFESIONAL Y RESIDENCIA

Apellidos		
Nombre		
DOMICILIO PARTICULAR		
Dirección		
Localidad		Código Postal
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico
<input type="checkbox"/> No poseo actualmente dirección/es de ejercicio profesional , me comprometo a comunicarlo al Colegio en el momento de inicio de mi actividad profesional, mediante el envío del correspondiente impreso (Zona Impresos página internet www.dentistascadiz.com), así como al envío de la solicitud de adhesión a la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Colectiva suscrita por este Colegio Oficial, o justificante de pago vigente de la que contrate por mi cuenta (si tampoco he satisfecho este requisito).		
DOMICILIO PROFESIONAL 1		
Denominación		
Dirección		
Localidad		Código Postal
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax
Web		Email
<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal / <input type="checkbox"/> Autónomo / <input type="checkbox"/> Por cuenta ajena: <input type="checkbox"/> Público: <input type="checkbox"/> Sistema Sanitario Público Andalucía <input type="checkbox"/> Otras Administraciones Públicas / <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado Concertado		
DOMICILIO PROFESIONAL 2		
Denominación		
Dirección		
Localidad		Código Postal
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax
Web		Email
<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal / <input type="checkbox"/> Autónomo / <input type="checkbox"/> Por cuenta ajena: <input type="checkbox"/> Público: <input type="checkbox"/> Sistema Sanitario Público Andalucía <input type="checkbox"/> Otras Administraciones Públicas / <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado Concertado		
DOMICILIO PROFESIONAL 3		
Denominación		
Dirección		
Localidad		Código Postal
Teléfono 1	Teléfono 2	Fax
Web		Email
<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal / <input type="checkbox"/> Autónomo / <input type="checkbox"/> Por cuenta ajena: <input type="checkbox"/> Público: <input type="checkbox"/> Sistema Sanitario Público Andalucía <input type="checkbox"/> Otras Administraciones Públicas / <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado Concertado		

Deseo recibir la correspondencia emitida por este Colegio Oficial en (MARCAR una opción):
D. PARTICULAR **D. PROFESIONAL 1** **D. PROFESIONAL 2** **D. PROFESIONAL 3**
 (En caso de no indicar nada se enviará la correspondencia a D. PROFESIONAL 1, o a D. PARTICULAR si no constase).

..... de de 2

Firma,



**ALTA / MODIFICACIÓN
DE DOMICILIACIÓN BANCARIA**

(El envío a la entidad bancaria lo tramitará el Colegio)

Banco o Caja	
Dirección	
Localidad	Código Postal
Teléfono	Fax

Cuenta Bancaria															
Entidad				Oficina				D.C.		Nº de Cuenta					

Sr. Director Sucursal:

Le ruego que a partir de la fecha sean abonados por esa entidad y con cargo a mi cuenta arriba indicada, los recibos que le sean presentados al cobro por el **ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CÁDIZ (C.I.F. Q-6155021-F)**.

..... de de 2

Firma,

Nombre y Apellidos

D.N.I.



PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

UTILIZACIÓN Y CESIÓN IMPLÍCITA	
<p>A efectos de dar cumplimiento a la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre y normativa de desarrollo), te comunicamos que tus datos personales comunicados a este Colegio Oficial figuran incluidos en el fichero de datos de Colegiados adscritos a esta Corporación y destinados al cumplimiento de los fines que la legislación vigente atribuye a este Colegio Oficial. Puedes acceder a tus datos, rectificarlos y cancelarlos (en el caso de que no estén destinados al logro de la actividad o fines de este Colegio Oficial). El referido fichero de datos lo posee este Colegio Oficial, el Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas. SÓLO SERÁN CEDIDOS a dichas Corporaciones ó a otros Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos (Dentistas) que en un futuro pudieras colegiarte o desempeñar tu labor profesional y destinados únicamente al cumplimiento de los fines que la legislación vigente atribuye a dichas Corporaciones. Esta cesión de datos va implícita con tu pertenencia a esta Corporación. El responsable de los referidos ficheros es el Secretario de las respectivas Corporaciones citadas. Este Colegio Oficial se compromete a extremar el cumplimiento de su obligación de secreto y custodia de los datos de carácter personal y adoptará todas las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.</p>	
CESIÓN A TERCEROS RELACIONADOS CON LA ODONTO-ESTOMATOLOGÍA	
<p>TE COMUNICAMOS IGUALMENTE QUE EN REITERADAS OCASIONES SON REQUERIDAS LAS DIRECCIONES DE COLEGIADOS (listados ó etiquetas) por TERCEROS (Dentistas, Depósitos Dentales, Laboratorios, Publicaciones, Guías Profesionales, Empresas o Particulares relacionados con nuestro sector, etc) CON FINES DE PUBLICIDAD O PROSPECCIÓN COMERCIAL SOBRE TEMAS O ACTIVIDADES <u>QUE PODEMOS CONSIDERAR DE INTERÉS DIRECTO PARA NUESTRA PROFESIÓN</u>. Para poder realizar dicha cesión, y en base a lo prevenido en la legislación que regula el tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, NECESITAMOS CONTAR CON TU CONSENTIMIENTO EXPRESO, que puedes otorgarnos firmando en la casilla de la derecha:</p>	<p>Firma:</p>
CESIÓN A TERCEROS NO RELACIONADOS CON LA ODONTO-ESTOMATOLOGÍA	
<p>A efectos de extremar la protección de datos de carácter personal, y al no estar destinados al cumplimiento de los fines que la legislación vigente le confiere, este Colegio Oficial NO CONTEMPLA LA POSIBILIDAD (CON CARÁCTER GENERAL) DE CEDER DATOS A OTRAS ENTIDADES CON FINES DE PUBLICIDAD O PROSPECCIÓN COMERCIAL SOBRE TEMAS O ACTIVIDADES QUE CONSIDEREMOS <u>NO RELACIONADAS</u> CON LA ODONTO-ESTOMATOLOGÍA.</p>	

..... de de 2

Firma,



INFORMACIÓN SOBRE CUOTA DE COLEGIACIÓN

CUOTA TRIMESTRAL (COLEGIADOS/AS CON EJERCICIO): En esta cantidad está incluida la aportación al Consejo General y al Consejo Andaluz. Esta cuota NO INCLUYE ningún seguro de responsabilidad civil profesional. <i>(Importe vigente desde el 01/01/2010, acuerdo Asamblea 14/05/2010).</i>	141 Euros <i>al Trimestre</i> <i>(47 Euros / mes)</i>
CUOTA ÚNICA DE INSCRIPCIÓN: Corresponde a la estimación de costes asociados al trámite de inscripción. Procederá siempre, aunque haya estado anteriormente colegiado/a y haya satisfecho dicha Cuota de Inscripción en otro Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos (Dentistas) de España. <i>(Importe vigente desde el 01/01/2010, Ley 25/2009).</i>	60 Euros <i>(Pago único)</i>
El primer recibo se cargará el día 15 del mes siguiente al de la fecha de colegiación. Si no coincide con el primer mes de trimestre (Enero, Abril, Julio, Octubre) se cargará sólo el importe de los meses que resten del trimestre (47 o 94 Euros por cuota trimestral, de uno o dos meses, según corresponda) más la cuota de inscripción (60 euros).	
Los recibos posteriores se pasan los días 15 del primer mes de cada trimestre: (15/Enero, 15/Abril, 15/Julio y 15/Octubre).	

IMPORTANTE: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:

Le informamos que este Colegio Oficial posee una **Póliza Colectiva** de Responsabilidad Civil Profesional suscrita con la compañía A.M.A. a la que puede suscribirse opcionalmente, ó contratar individualmente una póliza de su elección para cubrir las posibles indemnizaciones a pacientes que puedan derivarse de su ejercicio profesional, tal y como establece la normativa vigente.

La información completa sobre dicha Póliza Colectiva e impresos para solicitar su adhesión se encuentran disponibles en nuestra página de Internet www.dentistascadiz.com (zona Impresos) y deberá adjuntar su solicitud junto a ésta de colegiación, en caso de estar interesado/a en la misma.

¿ESTÁ INTERESADO/A EN ADHERIRSE A LA PÓLIZA COLECTIVA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL?

- NO: La he contratado individualmente**, por mi cuenta, **adjunto último recibo vigente**.
- NO: No ejerzo actualmente**, me comprometo al envío de mi Solicitud de Adhesión, o del justificante de pago vigente de la que haya contratado por mi cuenta, con anterioridad al inicio de mi actividad profesional.
- SI: Adjunto mi Solicitud de Adhesión**.

..... de de 2

Firma,