Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Granada

C/Maestro Montero s/n.Urb.Parque del Genil, Ed.Guadiana, Bajo. 18004 GRANADA T.:958 523192 – 958522953 Fax: 958 523192
cooe18@infomed.es cdg@infomed.es www.colegiodentistasgranada.org

Colegiado número: ……

Fecha de alta:……..

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

A/A Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Granada:

D./Dña…… ……..natural de ……de ……años de edad, con NIF/NIE núm. …… Y título profesional de …..…… expedido el ……por ……..…… Universidad de ……

SOLICITA de la Junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Granada, la inscripción como colegiado/a, acatando mediante la firma de la presente solicitud, las disposiciones que regulan la colegiación.

Adjuntado a tal efecto los impresos y la documentación correspondiente:

a) Título Facultativo (original y copia) o certificado sustitutorio del título firmado por el Rector de la Universidad con el número único de Registro Nacional de Titulados.
b) Certificado de notas.
c) Fotocopia del DNI, pasaporte o documento identificativo alternativo.
d) Cuatro fotografías tamaño carné.
e) Certificado médico oficial de no encontrarse incapacitado para ejercicio profesional.
f) Certificado de antecedentes penales acreditando no estar inhabilitado para el ejercicio profesional.
g) Contratar una póliza de Responsabilidad Civil.
h) Abono del alta. (60 euros).

i) Declaración jurada o promesa de conocer y acatar estatutos, código deontológico y publicitario.
j) Declaración responsable de reunir los requisitos establecidos en la normativa vigente para ejercer la profesión de dentista.
k) Declaración, en su caso, comunicando el lugar del ejercicio, días y horas.
l) Certificación de residencia en el caso de extranjeros según normativa vigente.
m) Certificación de baja (en caso de haber estado colegiado con anterioridad).
n) Certificado de homologación del título (cuando corresponda).
o) En el caso de ciudadanos extranjeros no pertenecientes a la Unión Europea, salvo los hispanoparlantes, certificado B-2 o superior a fin de acreditar el dominio necesario del español.

En Granada, a……..

Fdo:

D./ Dª……..

A cumplimentar por la Junta de Gobierno

En Junta de Gobierno celebrada el día ……..….se acordó proceder a la colegiación de D./ña. ……..…… con el número de colegiado ……..…..

VºBº.

El Presidente **El Secretario**

Fdo. Fco. Javier Fernández Parra **Fdo. Alejandro Otero Ávila**

C/Maestro Montero s/n.Urb.Parque del Genil, Ed.Guadiana, Bajo. 18004 GRANADA T.:958 523192 – 958522953 Fax: 958 523192
cooe18@infomed.es cdg@infomed.es www.colegiodentistasgranada.org

C/Maestro Montero s/n.Urb.Parque del Genil, Ed.Guadiana, Bajo. 18004 GRANADA T.:958 523192 – 958522953 Fax: 958 523192
cooe18@infomed.es colegiooeg@dentistasgranada.org www.dentistasgranada.org

DATOS PERSONALES		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR:	
PAIS:	NACIONALIDAD:	
NIF/NIE NÚM:		
DOMICILIO PARTICULAR:		
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	
CP:	TEL:	MÓVIL:
CORREO ELECTRÓNICO:		

DATOS BANCARIOS						
BANCO/CAJA:						
NÚMERO DE CUENTA:	IBAN					

DATOS PROFESIONALES	
CLÍNICA PRINCIPAL	
NOMBRE CLÍNICA:	
TITULAR:	
DIRECCIÓN:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CP:	TLF:
HORARIO:	

SEGUNDA CLÍNICA	
NOMBRE CLÍNICA:	
TITULAR:	
DIRECCIÓN:	
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CP:	TLF:
HORARIO:	

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES		
DIRECCIÓN:		
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	
CP:	TEL:	MÓVIL:
CORREO ELECTRÓNICO:		

SEGURO RESPONSABILIDAD
COMPAÑÍA:
NÚMERO DE PÓLIZA:

DATOS TITULACIÓN	
TÍTULO DE:	
EXPEDIDO EN:	UNIVERSIDAD:
PAÍS:	FECHA:
FECHA HOMOLOGACIÓN:	
OTRA TITULACIÓN:	
CÓDIGO DEL TÍTULO:	**CÓDIGO ACTIVIDAD PRINCIPAL:**
SITUACIÓN PROFESIONAL:	
EJERCICIO PROFESIONAL SANITARIO:	

CÓDIGO TITULACIÓN	*CÓDIGO ACTIVIDAD PRINCIPAL*	*CÓDIGO SITUACIÓN*	*EJERCICIO PROFESIONAL SANITARIO*
E Estomatólogo *Ec Estomatólogo Convalidado* *ECE Estomatólogo C:E:E* *EE Especialista en Estomatología* *MOC Médico Odontólogo Convalidado* *MOE Médico Odontólogo Español* *O Odontólogo* *OC Odontólogo Convalidado* *OCE Odontólogo C.E.E.* *OE Odontólogo Español*	*01 Odontología General* *02 Estomatología General* *03 Odontología Conservadora* *04 Prótesis* *05 Endodoncia* *06 Periodoncia* *07 Odontopediatría* *08 Ortodoncia* *09 Cirugía Maxilo-Facial* *10 Implantología*	*N Numerario* *A Activo* *H Honorífico* *EC Exento de Cuotas* *J Jubilado* *SE Sin Ejercicio* *SC Suspendida Colegiac* *CH Colegiado de Honor* *B Baja* *D Desempleo*	*Autónomo* *Por cuenta ajena público* *Sistem. Sanitario Público Andal* *Otras Admnes Públicas* *Privado* *Privado Concertado*

El/la declarante SOLICITA su ingreso en el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Granada, afirmando la veracidad de los datos aportados, y comprometiéndose a poner en conocimiento de esta Corporación cuantas variaciones se produzcan en los mismos en un futuro, manifestando expresamente que:

Conozco mi obligación de comunicar al Colegio, dentro de un plazo máximo de 15 días hábiles, cualquier variación que se produzca en los datos aportados, así como cualquier modificación referente al ejercicio de la profesión, y en particular, los referidos a titulación, habilitación profesional, horarios de ejercicio asistencial, domicilio profesional y cambio de domicilio a efectos de notificaciones, incluido correo electrónico.

Con la firma de la presente solicitud doy mi consentimiento expreso para que la oficina Administrativa del Colegio de Dentistas de Granada pueda acceder a la información que consta en el Registro Nacional de Títulos Universitarios del Ministerio de Educación a efectos de verificar la titulación Oficial o la cualificación profesional del solicitante y la información suministrada, todo ello con pleno respeto a la legislación sobre protección de datos de carácter personal.

NOTA:
• Las fotocopias se compulsaran en la secretaria del colegio.
• Todos los documentos presentados tendrán una antigüedad inferior a tres meses.
• De todos los documentos que no consten en castellano o lengua oficial de la Comunidad Autónoma, deberá aportarse, junto con el mismo, una traducción realizada por un traductor jurado.

Fdo:

D./ Dª……..

C/Maestro Montero s/n.Urb.Parque del Genil, Ed.Guadiana, Bajo. 18004 GRANADA T.:958 523192 – 958522953 Fax: 958 523192
cooe18@infomed.es cdg@infomed.es www.colegiodentistasgranada.org

CONSENTIMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la vigente normativa de protección de Datos de Carácter Personal (Reglamento General de Protección de Datos 679/2016, Ley Orgánica 3/218 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y legislación complementaria) le informamos:

Responsable: COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE GRANADA, con CIF: Q1877001F.

- **Domicilio**:C/ Profesor Agustín Escribano 16, Edif. Guadiana, Bajo, 18004 Granada
- **Datos de contacto**: Teléfonos: 958522953/ 958523192, Correo electrónico: cooe18@infome.es/ cdg@infomed.es

Finalidad del Tratamiento: Colegio Oficial de Dentistas de Granada recaba sus datos personales al objeto de tramitar la incorporación de los colegiados y al ejercicio de las funciones públicas de ordenación y control de la actividad profesional que se tienen asignadas legal o estatutariamente; tramitar la baja solicitada así como cambio de situación interna y envío de información colegial, cargo de la cuota colegial, gestión de la prestación de servicios por el colegio, gestión de la prestación de servicios y cursos realizados a través del Colegio, gestión de seguros asociados a la colegiación y mandarle información sobre actividades y eventos organizados por el Colegio por cualquier medio (postal, sms, whatsapp, email, teléfono…) Asimismo autoriza a que sus datos de contacto profesional puedan ser publicados en la página web del Colegio. Poseemos implantadas las medidas de índole técnica y organizativas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos de carácter personal que tratamos.

Conservación: Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales.

Legitimación: La base de legitimación para el tratamiento de sus datos se basa en el consentimiento y en la relación contractual que mantiene con nosotros.

Destinatarios: Los datos podrán ser cedidos a entidades públicas o privadas relacionadas con los fines relacionados con las funciones desarrolladas por el Colegio y en los casos en que exista una obligación legal.

Derechos: Al facilitarnos sus datos puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición. También tiene derecho a oponerse a recibir nuestras comunicaciones y a revocar su consentimiento en cualquier momento. Estos derechos se ejercitarán ante el responsable arriba citado, y en el correo electrónico y dirección que constan. Si ante la solicitud realizada, no recibiera respuesta en tiempo y forma por nuestra parte, o no encontrara ésta satisfactoria, le informamos que la autoridad de control competente es la Agencia Española de Protección de Datos (ww.agpd.es). Puede consultar información adicional dirigiéndose a la entidad.

DATOS DELEGADO PROTECCIÓN DATOS (DPO): PROTECTION REPORT S.L: Teléfono contacto 958294383/ Email: dpd@protectionreport.com.

Asimismo, da su consentimiento explícito para la recogida de su imagen por parte del Colegio en actividades organizadas por el mismo y su divulgación en medios de comunicación internos y externos (boletines, redes sociales, página web, blogs, televisión, etc) para la difusión de las actividades y eventos que organiza el Colegio. Marque si no autoriza la recogida y/o divulgación de su imagen.

AUTORIZO SI ☐ NO ☐

Y, para que así conste, firmo la presente autorización para el tratamiento de mis datos personales.

En Granada, a de de 20 .

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI/NIF/NIE:

Firma del interesado:

C/Maestro Montero s/n.Urb.Parque del Genil, Ed.Guadiana, Bajo. 18004 GRANADA T.:958 523192 – 958522953 Fax: 958 523192
cooe18@infomed.es colegiooeg@dentistasgranada.org www.dentistasgranada.org