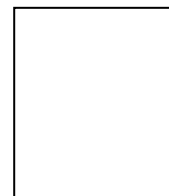




Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Granada



Colegiado número: .....

Fecha de alta:.....

**SOLICITUD DE COLEGIACIÓN**

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 Colegio Oficial 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 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) Dos 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 estatutos, código deontológico y publicitario.
- j) Declaración, en su caso, comunicando el lugar del ejercicio, días y horas.
- k) Certificación de residencia en el caso de extranjeros según normativa vigente.
- l) Certificación de baja (en caso de haber estado colegiado con anterioridad).
- m) Certificado de homologación del título (cuando corresponda).

Granada a.....

Fdo. ....

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 .....**

**VºBº.**

**El Presidente**

**El Secretario**

**Fdo. Fco. Javier Fernández Parra**

**Fdo. Juan Ignacio García Espona**

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

<b>DATOS BANCARIOS</b>			
BANCO/CAJA:			
NÚMERO DE CUENTA:	IBAN		

<b>DATOS PROFESIONALES</b>			
<b>CLÍNICA PRINCIPAL</b>			
DIRECCIÓN:			
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	
CP:	Tel.	NOMBRE CLÍNICA:	
TITULAR:		HORARIO:	

<b>SEGUNDA CLÍNICA</b>			
DIRECCIÓN:			
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	
CP:	Tel.	NOMBRE CLÍNICA:	
TITULAR:		HORARIO:	

<b>SEGURO RESPONSABILIDAD</b>	
COMPAÑÍA:	
NÚMERO DE PÓLIZA:	

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

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

## 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 3/2018 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](mailto:cooe18@infome.es)/ [cdg@infomed.es](mailto: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 ([www.agpd.es](http://www.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](mailto: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.

Asimismo, da su consentimiento explícito para la recogida y tratamiento dentro del Colegio de imágenes de los colegiados y su divulgación para la difusión de las actividades y eventos que organiza el Colegio en medios de comunicación internos y externos a la entidad, redes sociales, página web, blogs, televisión, etc.)

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: