

SOLICITUD COLEGIACIÓN COLEGIO DENTISTAS SALAMANCA

EN TODOS LOS CASOS:

1. **Diploma Original y fotocopia del mismo** (o es su defecto certificado de haber solicitado la expedición del título sellado por la Universidad Correspondiente).
2. **Original y fotocopia de la Credencial del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte** reconociendo que el interesado reúne las condiciones de formación requeridas (HOMOLOGACIÓN, EN CASO DE QUE EL TÍTULO SEA EXTRANJERO).
3. **1 fotografías tamaño carnet actuales y una escaneada.**
4. En caso de haber ejercido como dentista anteriormente, se aportará un **Certificado expedido por la autoridad competente (Colegio Profesional) del último país en el que se haya ejercido**, en el que se haya ejercido, en el que se acredite el haber evitado las cargas anejas, haber cumplido correctamente con la ética y reglamento profesional, y no encontrarse inhabilitado o sus-pendido expresamente para el ejercicio de la profesión de dentista, a virtud de resolución judicial o corporativa firme.
5. **Domiciliación Bancaria** (20 dígitos de cuenta bancaria).
6. Justificante de ingreso bancario de la CUOTA DE ADMINISTRACIÓN DE GESTIÓN PARA EL ALTA
CAJA RURAL: ES68 3016 0114 1622 9914 8029
Indicando nombre completo y como concepto " CUOTA DE TRAMITACIÓN ADMINISTRATIVA DEL ALTA COLEGIAL"
7. Rellenar **los impresos** que se adjuntan.
8. **Certificado negativo del registro de delitos sexuales.**
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/tramites/certificado-registro-central>
9. **Seguro de Responsabilidad Civil.** Deberá:
 - * O bien suscribirse a la póliza concertada por el Colegio.
 - * O bien, si ya tuviera contratada una póliza de R.C. remitir fotocopia y último recibo de pago.

Se le deberá informar al colegiado de la obligatoriedad para el ejercicio de la profesión.

ESPAÑOLES:

Original y fotocopia del DNI.

COMUNITARIOS:

Certificado del NIE (Documento Emitido por la Dirección General de la Policía) o en su defecto original y fotocopia de la **Tarjeta del NIE.**

Certificado de reconocimiento del título expedido en la Unión Europea a los efectos de ejercer profesiones sanitarias en España

Link: <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/especialistasComunitarios/solicitud.htm>

NO COMUNITARIOS:

Certificado del NIE (Documento Emitido por la Dirección General de la Policía) o en su defecto original y fotocopia de la **Tarjeta del NIE.**

Original y fotocopia de la Tarjeta de Residencia y trabajo en vigor.

Se tramitará expediente de homologación del título ante la Administración correspondiente.

NOTAS

- LAS FOTOCOPIAS PODRÁN SER COMPULSADAS EN EL COLEGIO.

- 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 QUE SE TRATE, DEBERÁ APORTARSE, JUNTO AL MISMO, UNA TRADUCCIÓN REALIZADA POR UN TRADUCTOR JURADO.

FICHA COLEGIAL

<u>Nombre y apellidos</u>			
NIF		Título	
		Nº Colegiado	

DOMICILIO PROFESIONAL PRINCIPAL:

Nombre clínica			Población	
Dirección completa				
Provincia:			C.P.	
Tel.		e-mail		Nº Registro sanitario
<u>Horario consulta</u>				

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA:

Dirección completa			
Provincia:		C.P.	
Tel.		Población	

OTRAS CONSULTAS:

Nombre clínica			Población	
Dirección completa				
Provincia:			C.P.	
Tel.		e-mail		Nº Registro sanitario
<u>Horario consulta</u>				

IBAN (4 DÍGITOS EN CADA CASILLA):

CONDICIONES DE EJERCICIO PROFESIONAL:

- Cuenta propia (propietario).
- Cuenta propia (prestación de servicios).
- Cuenta propia (contrato laboral).
- Sociedad.

Fecha:

Firma:

--

"Los datos que nos ha facilitado se recogen para el ejercicio de una misión en interés público y son necesarios para gestionar y mantener su colegiación. No se comunicarán a terceros salvo al Consejo de Colegios de dentistas de España y al Consejo Autonómico de Colegios profesionales de Castilla y León, no se transferirán fuera de la Unión Europea y se conservarán durante el tiempo que permanezca en alta como colegiado y hasta cinco años desde el cesa en esta situación salvo los datos de contacto que serán de conservación permanente. Puede acceder a sus datos, solicitar la rectificación o supresión, oponerse al tratamiento y solicitar su limitación mediante los formularios que se encuentra a su disposición en la dirección electrónica indicada. Puede presentar una reclamación ante la APD, mediante su sede electrónica o, si procede, por medios no electrónicos.

Responsable del tratamiento: Iltr. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca (C/ Juan Picornell, 7 Bajo CP 37006 Salamanca. Tel. 923134801, sede electrónica: <https://colegiodentistassalamanca.es/>

Delegado de protección de datos: D. Manel Rodríguez, Avda. Barcelona, 115 - 3 puerta3 08970 Sant Joan Despi (Barcelona) dpd@utpr.es

SOLICITUD COLEGIACIÓN

Nº colegiado	
Fecha Alta	

DATOS PERSONALES:

Nombre y apellidos:		DNI	
Lugar nacimiento		Fecha Nacimiento:	
Dirección completa:			
Provincia:		C.P.:	
E-mail:		Móvil:	

SÚBDITOS EXTRANJEROS:

NIE/ Nº Pasaporte:		Nacionalidad:	
Nº Permiso Residencia		Fecha expedición	
Nº Permiso Residencia		Fecha expedición	

TITULACIÓN PROFESIONAL:

Título Académico		Universidad		País	
Homologado a		Nº Resolución			
Fecha de expedición		Fecha de resolución:			

OTROS TÍTULOS UNIVERSITARIOS:

Título		Universidad		Fecha	
Título		Universidad		Fecha	

A efectos de constatación, autorizo al Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca para consultar el Registro nacional de títulos del Ministerio Educación.

COLEGIADO ANTERIORMENTE:

- ☐ Sí. Colegio
☐ No

SOLICITA:

Su inscripción en el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca, a cuyo efecto declara que sus circunstancias personales son las expresadas en esta solicitud y que no se encuentra incapacitado ni inhabilitado para el ejercicio profesional de dentista, obligándose a notificar por escrito al Colegio cualquier modificación acatando con la firma de la presente las disposiciones que regulan la colegiación obligatoria y demás normas corporativas, que declara expresamente las competencias de ordenación, control deontológico y potestad disciplinar a que rigen en el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca, de conformidad con sus propios Estatutos y demás normativa legal de aplicación, comprometiéndose a abonar las cuotas colegiales ordinarias y extraordinarias establecidas o que se impongan, y sometiéndose de modo expreso a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales de Salamanca, renunciando al fuero del Juzgado o Tribunal de su domicilio informándole a su vez que los datos facilitados se incorporan al fichero existente en el Colegio, al objeto de dar cumplimiento

Fecha: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Firma

La Junta de Gobierno, en sesión celebrada el
de la presente solicitud y de la documentación que acompaña acordó su colegiación definitiva.

Vº Bº: EL PRESIDENTE

EL SECRETARIO

“Los datos que nos ha facilitado se recogen para el ejercicio de una misión en interés público y son necesarios para gestionar y mantener su colegiación. No se comunicarán a terceros salvo al Consejo de Colegios de dentistas de España y al Consejo Autonómico de Colegios profesionales de Castilla y León, no se transferirán fuera de la Unión Europea y se conservarán durante el tiempo que permanezca en alta como colegiado y hasta cinco años desde el cesa en esta situación salvo los datos de contacto que serán de conservación permanente. Puede acceder a sus datos, solicitar la rectificación o supresión, oponerse al tratamiento y solicitar su limitación mediante los formularios que se encuentra a su disposición en la dirección electrónica indicada. Puede presentar una reclamación ante la APD, mediante su sede electrónica o, si procede, por medios no electrónicos.

Responsable del tratamiento: Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca (C/ Juan Picornell, 7 Bajo CP 37006 Salamanca. Tel. 923134801, sede electrónica: <https://colegiodentistasalamanca.es/>

Delegado de protección de datos: D. Manel Rodríguez, Avda. Barcelona, 115 - 3 puerta 3 08970 Sant Joan Despi (Barcelona) dpd@utpr.es

DECLARACIÓN JURADA, COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA COLEGIAL Y CESIÓN DE DATOS

Nombre y apellidos:		Nº Colegiado	
Dirección completa:			

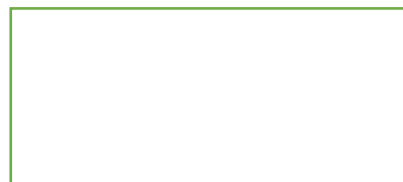
Datos personales: Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca.

Declaro que las condiciones de mi ejercicio y dirección profesional son las indicadas en la solicitud y ficha de colegiación, así como que la documentación presentada es fiel copia de su original, siendo de mi responsabilidad la alteración, modificación o falsedad en la documentación aportada.

Me comprometo a notificar al Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca de conformidad con sus estatutos particulares las modificaciones que hubiera lugar, comprometiéndome a respetar la normativa colegial y a no prestar mi título profesional para la regencia de un gabinete dental en el que todo trabajo o asistencia no fuera prestada personalmente por mí.

Fecha: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Firma:



Envío de comunicaciones a través del correo electrónico	
---	--

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

☐ Deseo adherirme a la póliza Colectiva de Responsabilidad Civil Profesional que el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca tiene suscrita con AMA.

☐ No deseo adherirme a la póliza Colectiva de Responsabilidad Civil Profesional que el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca, por tener suscrita la póliza con [Haga clic o pulse aquí para escribir texto](#). cuya copia adjunto al expediente de colegiación

“Los datos que nos ha facilitado se recogen para el ejercicio de una misión en interés público y son necesarios para gestionar y mantener su colegiación. No se comunicarán a terceros salvo al Consejo de Colegios de dentistas de España y al Consejo Autonómico de Colegios profesionales de Castilla y León, no se transferirán fuera de la Unión Europea y se conservarán durante el tiempo que permanezca en alta como colegiado y hasta cinco años desde el cesa en esta situación salvo los datos de contacto que serán de conservación permanente. Puede acceder a sus datos, solicitar la rectificación o supresión, oponerse al tratamiento y solicitar su limitación mediante los formularios que se encuentra a su disposición en la dirección electrónica indicada. Puede presentar una reclamación ante la APD, mediante su sede electrónica o, si procede, por medios no electrónicos.

Responsable del tratamiento: Ilte. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca (C/ Juan Picornell, 7 Bajo CP 37006 Salamanca. Tel. 923134801, sede electrónica: <https://colegiodentistassalamanca.es/>

Delegado de protección de datos: D. Manel Rodríguez, Avda. Barcelona, 115 - 3 puerta3 08970 Sant Joan Despi (Barcelona) dpd@utpr.es

Cláusula informativa para documentos de recogida de datos por el colegio profesional

En el momento de recoger los datos directamente de la persona interesada, ha sido informada de los elementos esenciales del tratamiento establecidos en el artículo 13 RGPD. A este efecto, en el momento de la colegiación, se suscribirá el documento siguiente:

Responsable del tratamiento	Iltre. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca C. Juan Picornell num. 7 Bajo, CP 37006 Salamanca. Tel. 923134801; sede electrónica: https://colegiodentistassalamanca.es/
Datos de contacto del delegado de protección de datos	Manel Rodríguez Avda. Barcelona, 115; 3 puerta 3 Barcelona E-mail:dpd@utpr.es
Finalidad del tratamiento	Gestionar y mantener su colegiación
Base jurídica	Cumplimiento de una misión en interés público Los datos son necesarios para tramitar la solicitud
Destinatarios	No se comunicarán a terceros, salvo al Consejo de Colegios de dentistas de España y al Consejo Autonómico de Colegios Profesionales de Castilla y León, ni se transferirán fuera de la Unión Europea
Derechos de las personas	Puede acceder a sus datos, solicitar la rectificación o supresión, oponerse al tratamiento y solicitar la limitación, enviando su solicitud a la dirección del Colegio o mediante su sede electrónica (https://colegiodentistassalamanca.es/)
Plazo de conservación de los datos	Los datos facilitados se conservaran durante el tiempo que permanezca en alta como colegiado y hasta cinco años desde el cesa en esta situación salvo los datos de contacto que serán de conservación permanente
Reclamación	Puede presentar una reclamación dirigida a la APD, mediante la sede electrónica de la Autoridad (o por medios no electrónicos

Mediante el presente documento se cumple con el deber de información legal exigido por la normativa de protección de datos citada en el encabezamiento y con su firma otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos, manifestando asimismo bajo su total y absoluta responsabilidad sobre la veracidad de los mismos. Este consentimiento constituye la base jurídica para el tratamiento de sus datos personales

Firma:

Ha presentado en este Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca, la documentación que se señala par tramitar su colegiación. En ningún caso la simple presentación de la misma da derecho a la colegiación. Esta se llevará a cabo por expresa resolución del Colegio y comunicada por escrito al interesado. En cualquier momento la Junta de Gobierno podrá requerir la ampliación de la documentación, a fin de acreditar las circunstancias que dan derecho a la misma.

- ☐ Solicitud de colegiación.
- ☐ Copia auténtica del Título Académico.
- ☐ Copia auténtica del pago de los derechos por solicitud del título.
- ☐ Certificado académico personal.
- ☐ Copia auténtica del oficio de homologación.
- ☐ Declaración de condiciones de ejercicio profesional.
- ☐ Copia auténtica del pasaporte.
- ☐ Copia del DNI o NIE.
- ☐ Certificado negativo de delito sexuales.
- ☐ Tarjeta NIE.
- ☐ Solicitud de alta en el Seguro de Responsabilidad Civil o certificado de la compañía si ya lo tuviese contratado y justificante de pago.
- ☐ Impresos de domiciliación bancaria.
- ☐ Derechos económicos de tramitación administrativa del alta colegial.

Fecha: Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Firma:

Fdo.: Colegio

Fdo.: El/la interesado/a

“Los datos que nos ha facilitado se recogen para el ejercicio de una misión en interés público y son necesarios para gestionar y mantener su colegiación. No se comunicarán a terceros salvo al Consejo de Colegios de dentistas de España y al Consejo Autonómico de Colegios profesionales de Castilla y León, no se transferirán fuera de la Unión Europea y se conservarán durante el tiempo que permanezca en alta como colegiado y hasta cinco años desde el cesa en esta situación salvo los datos de contacto que serán de conservación permanente. Puede acceder a sus datos, solicitar la rectificación o supresión, oponerse al tratamiento y solicitar su limitación mediante los formularios que se encuentra a su disposición en la dirección electrónica indicada. Puede presentar una reclamación ante la APD, mediante su sede electrónica o, si procede, por medios no electrónicos.

Responsable del tratamiento: Iltr. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca (C/ Juan Picornell, 7 Bajo CP 37006 Salamanca. Tel. 923134801, sede electrónica: <https://colegiodentistassalamanca.es/>

Delegado de protección de datos: D. Manuel Rodríguez, Avda. Barcelona, 115 - 3 puerta3 08970 Sant Joan Despi (Barcelona) dpd@utpr.es