ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS
Y ESTOMATÓLOGOS DE ASTURIAS

(A cumplimentar por el Colegio)

Nº COLEGIADO: _____

FECHA ALTA: _____

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

V112017

O EN EJERCICIO
O SIN EJERCICIO ----- O EN PARO

DATOS PERSONALES

Nombre	Apellidos		
NIF	Nacionalidad	Fecha nacimiento	Sexo: O Hombre O Mujer
Lugar de nacimiento	Domicilio particular en (Población)		
Calle	N.º	Piso	C.P.
Teléfono fijo personal	Teléfono móvil personal	Correo electrónico personal	

CIUDADANOS EXTRANJEROS O UNIÓN EUROPEA O EXTRACOMUNITARIO (Marcar)

N.I.E. / N.º Pasaporte	Nacionalidad		
N.º Permiso de Residencia / Trabajo	Fecha expedición	Fecha caducidad	Lugar expedición

TITULACIÓN PROFESIONAL O ESPAÑA O UNIÓN EUROPEA O EXTRACOMUNITARIO (Marcar)

Título académico	Universidad	
País	Fecha expedición	
Homologado al título español de	Número de resolución	Fecha de resolución

☐ **SI** ☐ **NO autorizo al Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias a consultar y verificar en la base de datos del Registro Nacional de Títulos Universitarios la veracidad de la/as titulaciones aportadas**

OTROS TÍTULOS UNIVERSITARIOS

Título	Universidad	Fecha
Título	Universidad	Fecha

COLEGIADO ANTERIORMENTE

O SÍ O NO	Colegio	Ejercicio en

ENVÍO DE CORRESPONDENCIA O POSTAL O E-mail y SMS/WhastApp (Marcar)

Calle		N.º	Piso
Población	C.P.	Provincia	
E-mail	Teléfono móvil	**Para el envío por E-mail se debe cubrir un impreso específico que facilitará el Colegio.**	

SOLICITA

A la Junta de Gobierno del I. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias su inscripción como Colegiado, a cuyo efecto declara que sus circunstancias personales son las expresadas en esta solicitud y que no se encuentra incapacitado y/o 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 conocer, aceptando expresamente las competencias de ordenación, control deontológico y potestad disciplinaria que rigen en el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias, 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 Oviedo, renunciando al fuero del Juzgado o Tribunal de su domicilio.

Oviedo a _____ de _____ de _____

Firma

REGISTRO DE ENTRADA

(**Continua en el reverso con el AVISO LEGAL**)

AVISO LEGAL

En cumplimiento de la citada Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante L.O.P.D.), te informamos que tus datos han sido incorporados a un fichero, responsabilidad del ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE ASTURIAS (en adelante CODES), inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos.

Las finalidades de dicho fichero son las enumeradas como fines de CODES en sus propios Estatutos, entre las que destacan: la ordenación, en el ámbito de su competencia, del ejercicio de la actividad profesional del dentista (odontólogo o estomatólogo); la promoción permanente de los niveles científico, deontológico, social, cultural y económico de sus colegiados y el dictado, salvaguarda y observancia de sus principios éticos y deontológicos de tal práctica profesional.

Para el cumplimiento de estas finalidades, te informamos que tus datos son comunicados a las siguientes entidades:

- Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- Ilustres Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- Colegios y Corporaciones de Odontólogos y Estomatólogos de la Unión Europea.
- Administración estatal, autonómica y local y Administración de Justicia.

Igualmente te informamos que tu Nº de colegiado, nombre y apellidos, dirección profesional, y D.N.I. son cedidos a:

- Agrupación Mutual Aseguradora (AMA)*, con la finalidad de incluirte en la póliza colectiva de responsabilidad civil, cuyo tomador es este Ilustre Colegio, en el caso que hayas solicitado tu incorporación a la misma.

Y tu nombre y apellidos, DNI y fecha de nacimiento, son cedidos a:

- Agrupación Mutual Aseguradora (AMA)*, con la finalidad exclusiva de hacer efectiva la Póliza de Seguro de Vida-Decesos Colectiva contratada por CODES, e incluirte como asegurado, en virtud de acuerdo asambleario para todos sus colegiados.

Así mismo, te informamos que tus datos constitutivos de fuentes accesibles al público, reconocidos como tal en el Artículo 3.j) de la L.O.P.D. y especificados en el Artículo 5.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (nombre, titulo, profesión, actividad, grado académico, dirección profesional e indicación de pertenencia al Colegio), podrán ser cedidos a las siguientes entidades y/o personas físicas:

- Empresas, entidades y compañías de seguros con las que CODES establezca o haya establecido convenios o contratos, al único efecto de lo recogido en los mismos.
- Revistas y publicaciones de interés profesional.
- Sociedades científicas adscritas al Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.
- Universidades y centros reconocidos de formación graduada y postgraduada.
- Guías profesionales del sector sanitario.
- Colegiados del CODES.

Por otro lado, te comunicamos que se procederá al envío de información relativa a productos y servicios, ventajosos para ti y que consideramos de tu interés, de aquellos sectores de actividad que conlleven la promoción permanente de tus niveles científico, deontológico, social, cultural y económico, tales como el sanitario, el de telecomunicaciones, el científico y docente, el bancario, el asegurador, el inmobiliario, el cultural.

No obstante, **si no deseas recibir publicidad sobre los productos y servicios ofertados por todos o alguno de los sectores mencionados, comunícanoslo por escrito a la dirección abajo indicada. Con la firma de este aviso legal entenderemos otorgado tu consentimiento, que en todo caso podrás revocar en cualquier momento**.

Por último, **puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada L.O.P.D., mediante escrito, acompañado de fotocopia del DNI, dirigido a CODES C/ La Lila 15, 1º C, 33002 de Oviedo, o a través de los formularios que se encuentran a tu disposición en la dirección anteriormente citada.**

Oviedo a .....… de ……..…….... de ……

Firmado:

Enterado y conforme: D./Dña.: …….…… NIF.: ……

*** o entidad aseguradora que pueda sustituir a la actual en el futuro.**