

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Cumplimentar **TODOS** los datos y aportar **TODA** la documentación.

La omisión de datos fundamentales o de aporte de la documentación abajo indicada implicará que tengamos de requerirle formalmente la subsanación de dichos defectos, con el consiguiente retraso en su tramitación no imputable a este Colegio Oficial.

<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 del D.N.I. ó Pasaporte (Muy Importante: COMPULSADA) .	
Fotocopia del TÍTULO OFICIAL o de la CERTIFICACIÓN SUPLETORIA PROVISIONAL , que deberá incorporar el número de Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales, el plazo de validez de un año y firmada por el Rector (art. 14 del Real Decreto 1002/2010, de 5 de agosto, sobre expedición de títulos universitarios oficiales). Una vez que tenga en su poder el Título Oficial, deberá presentarlo igualmente en el Colegio para su registro. (Muy Importante: COMPULSADA) .	
Fotocopia de 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) .	
Certificado de Antecedentes Penales a efectos de acreditar la no inhabilitación para el ejercicio profesional.	
Certificación Negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales (si procede, según detalles en página 4 de solicitud).	
Una fotografía , 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 ó reconocimiento del título extranjero por el correspondiente Ministerio de España (Muy Importante: COMPULSADO) .	
En caso de ser beneficiario/a del reconocimiento de sus cualificaciones profesionales, deberá acreditar que posee los conocimientos lingüísticos del idioma castellano (Art. 71 - RD 1837/2008). Para ciudadanos extranjeros no pertenecientes a la Unión Europea, salvo los hispanoparlantes, deberán aportar certificado B-2 o superior.	

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"/> Conservadora. <input type="checkbox"/> Odontopediatría. <input type="checkbox"/> Implantes. <input type="checkbox"/> Prótesis. <input type="checkbox"/> Gerodontología. <input type="checkbox"/> Ortodoncia. <input type="checkbox"/> Disfunción A.T.M. <input type="checkbox"/> Pacientes Especiales. <input type="checkbox"/> Endodoncia.	
Observaciones:	

..... de de 2

Firma,

DECLARACIÓN RESPONSABLE

El/la abajo firmante, D/Dña., con su inscripción en el Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz, se compromete formalmente a acatar con fidelidad los vigentes **Estatutos-Reglamentos** del mismo, los del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España y cuantos legalmente pudieran ser aprobados en el futuro.

Se compromete asimismo a acatar el **Código Ético y Deontológico Dental Español** 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.

En el caso de haber presentado para el trámite de esta Solicitud de Colegiación una Certificación Supletoria Provisional en vez del Título Oficial, conoce que dicha certificación supletoria provisional tiene una validez de un año desde su fecha de emisión, comprometiéndose, una vez que tenga en su poder el Título Oficial, a presentarlo en el Colegio para su registro.

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

Declara bajo su responsabilidad que **reúne los requisitos establecidos en la normativa vigente** y que **no se encuentra incapacitado/a o inhabilitado/a** para ejercer la profesión de dentista.

Autoriza expresamente al Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz a obtener directamente y/o por medios telemáticos la información que estime precisa para la **determinación, conocimiento y comprobación de los datos necesarios** para resolver la presente solicitud de colegiación, con consentimiento expreso para el **acceso a la información del Registro Nacional de Títulos Universitarios del correspondiente Ministerio**.

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

En, a de de 2

Firma,

CERTIFICACIÓN NEGATIVA DEL REGISTRO CENTRAL DE DELINCUENTES SEXUALES **INFORMACIÓN Y DECLARACIÓN RESPONSABLE**

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor

Será requisito para el acceso y ejercicio a las profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con menores, el no haber sido condenado por sentencia firme por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, que incluye la agresión y abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, prostitución y explotación sexual y corrupción de menores, así como por trata de seres humanos. A tal efecto, quien pretenda el acceso a tales profesiones, oficios o actividades deberá acreditar esta circunstancia mediante la aportación de una certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales.

Son muchas las dudas e interpretaciones que se vienen dando a esta obligación debido a la utilización en la Ley de una expresión tan genérica como "contacto habitual", por lo que nuestro Consejo General realizó consultas al Ministerio de Sanidad y al de Justicia, y desde el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas se realizó una igualmente al Defensor del Menor de Andalucía, figura que recae en el Defensor del Pueblo Andaluz. Al afectar a nuestra demarcación y con independencia de la reglamentación de la citada norma pendiente de desarrollo que podría aportar luz a aquellos aspectos necesitados de mayor concreción, en la respuesta recibida del Defensor del Pueblo Andaluz se concluye que:

- Para el ejercicio de la profesión de dentista no resulta en principio necesaria la aportación del certificado negativo expedido por el Registro Central de Delincuentes Sexuales.
- Dicho certificado **sería necesario si la actividad de dentista se enfocase con carácter preferente (no ocasional o circunstancial) a pacientes menores de edad, manteniendo con dichos pacientes un contacto directo y regular.**

El Ministerio de Sanidad estima además que, al ser obligatoria la Colegiación para el ejercicio de la profesión de dentista, deberá ser un requisito para el acceso y mantenimiento de la colegiación la presentación del certificado negativo de la comisión de delitos sexuales (para los casos indicados).

Se trata de un certificado que se obtiene de un registro específico, distinto al llamado Registro de Antecedentes Penales. Por tanto, en el certificado emitido por el Registro Central de Delincuentes Sexuales sólo aparecería (si existiesen) condenas firmes por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, no reflejaría ninguna información sobre otros posibles delitos.

Puedes obtener más información y solicitar el certificado si lo necesitas en el siguiente enlace de la web del Ministerio de Justicia:

<http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/ciudadanos/tramites-gestiones-personales/certificado-delitos>

En base a lo anterior, MARCAR LA CASILLA CORRESPONDIENTE y aportar certificación en el segundo caso:

<input type="checkbox"/>	Declaro que mi actividad profesional como dentista NO se enfocará con carácter preferente -no ocasional o circunstancial- a pacientes menores de edad (0-18 años), manteniendo con dichos pacientes un contacto habitual, directo y regular. Me comprometo a notificar al Colegio cualquier alteración en las anteriores circunstancias.
<input type="checkbox"/>	Declaro que mi actividad profesional como dentista se enfocará con carácter preferente -no ocasional o circunstancial- a pacientes menores de edad (0-18 años), manteniendo con dichos pacientes un contacto habitual, directo y regular, por lo que aporto CERTIFICACIÓN NEGATIVA DEL REGISTRO CENTRAL DE DELINCUENTES SEXUALES.

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

Nombre y Apellidos

D.N.I.

En, a de de 2

Firma,

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		N.I.C.A.
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		N.I.C.A.
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		N.I.C.A.
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,

Orden de Domiciliación de Adeudo Directo – S.E.P.A.

(Single Euro Payments Area – Zona Única de Pagos en Euros)

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

Entidad Bancaria	
Dirección de la Entidad	
Localidad de la Entidad	Código Postal de la Entidad
Teléfono de la Entidad	Fax de la Entidad

Cuenta Bancaria – IBAN (International Bank Account Number)															
E	S														

Mediante la firma de esta orden, autorizo al Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz a enviar instrucciones a la entidad bancaria arriba indicada para que efectúe adeudos recurrentes en la Cuenta Bancaria especificada, de acuerdo a las directrices del Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz.

Quedo informado de que estoy legitimado al reembolso por parte de mi entidad bancaria (mediante solicitud que deberá efectuarse dentro de las ocho semanas posteriores a la fecha de adeudo en cuenta) en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma y de que puedo obtener información adicional sobre mis derechos en mi entidad bancaria.

..... de de 2

Firma,

Nombre y Apellidos

(Titular de la cuenta o persona autorizada)

D.N.I.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

UTILIZACIÓN Y CESIÓN IMPLÍCITA

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.

CESIÓN A TERCEROS RELACIONADOS CON LA ODONTO-ESTOMATOLOGÍA

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 QUE PODEMOS CONSIDERAR DE INTERÉS DIRECTO PARA NUESTRA PROFESIÓN**. 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:**

Firma:

CESIÓN A TERCEROS NO RELACIONADOS CON LA ODONTO-ESTOMATOLOGÍA

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 NO RELACIONADAS CON LA ODONTO-ESTOMATOLOGÍA**.

..... de de 2

Firma,

INFORMACIÓN SOBRE CUOTA DE COLEGIACIÓN

<p>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></p>	<p>141 Euros <i>al Trimestre</i> <i>(47 Euros / mes)</i></p>
<p>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></p>	<p>60 Euros <i>(Pago único)</i></p>
<p>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).</p>	
<p>Los recibos posteriores se pasan los días 15 del primer mes de cada trimestre: (15/Enero, 15/Abril, 15/Julio y 15/Octubre).</p>	

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,



ATENCIÓN: Éste no es el impreso para solicitar la adhesión voluntaria a la Póliza Colectiva de R.C.P.
Se encuentra disponible en nuestra página de Internet: www.dentistascadiz.com (zona Impresos).

Conforme al contenido del acuerdo de colaboración suscrito por este Colegio Oficial con la **Fundación A.M.A.** (Agrupación Mutua Aseguradora), te trasladamos el **deseo de dicha entidad de felicitarte por tu incorporación a este Colegio Oficial, presentarte sus servicios y hacerte entrega de unos obsequios**, para lo cual solo debes cumplimentar voluntariamente este impreso que haríamos llegar (en caso de ser aprobada tu solicitud de colegiación) a la Delegación de A.M.A. en Cádiz, desde la que se pondrían en contacto contigo.

Apellidos		
Nombre		
DATOS DE CONTACTO		
Dirección		
Localidad	Código Postal	
Teléfono/s	Correo Electrónico	

..... de de 2

Firma,

COLEGIADO/A Nº:						
1	1	0	0			
FECHA ALTA: / /						

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de **protección de datos de carácter personal**, le informamos que los datos facilitados serán incorporados a un fichero cuyo responsable es P.S.N. Agrupación Mutua Aseguradora, Mutua de Seguros a Prima Fija, con la finalidad de llevar a cabo el servicio descrito. Con el envío de este formulario, usted otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberá dirigirse a la dirección: C/ Santa María Magdalena, 15 - 28016 MADRID.

Delegación Provincial de A.M.A. - Cervantes, 12 - 11003 - Cádiz
Tlf. 956 80 80 48 - Fax. 956 21 35 09 - cadiz@amaseguros.com