



# CODC

Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz  
Edificio "Nuevo Estadio Ramón de Carranza"  
Avda. Juan Carlos I, s/n - 4º - L35 - 11011 Cádiz  
Tlf: 956 17 09 50 - Fax: 956 17 32 46  
www.dentistascadiz.com  
colegio@dentistascadiz.com

## SOLICITUD DE BAJA

Registro de Entrada CODC

Ruego procedan a conceder mi baja con fecha ..... en el Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz, según detalles a continuación indicados:

<b>Motivos:</b> (Jubilación, cese de actividad definitivo ó temporal, traslado del ejercicio a otra provincia [indicando la misma], otros motivos ...)
<b>Destino de mi(s) actual(es) Consulta(s) Dental(es):</b> (Cierre, traspaso o otro profesional indicando el mismo ...)
<b>Nueva dirección a efectos de futuras posibles notificaciones:</b>
Dirección .....
Localidad ..... C.P. .... Teléfono .....
<b>Enviar certificado de baja:</b>
<input type="checkbox"/> a la dirección de correspondencia que constaba anteriormente en ese Colegio.
<input type="checkbox"/> a la nueva dirección arriba indicada. <input type="checkbox"/> por correo electrónico.
<b>Observaciones:</b>

Quedando a la espera de resolución favorable a mi solicitud, atentamente.

Firma,

Nombre y Apellidos .....

Coleg. Nº 1100 .....

### **MUY IMPORTANTE:**

1. La fecha de baja solicitada nunca podrá ser anterior a la de entrada de esta solicitud en el Colegio.
2. Es indispensable adjuntar el Carnet de Colegiado/a y la Tarjeta de Identificación para Clínica junto a esta Solicitud para poder ser tramitada.
3. Si estaba adherido/a a la Póliza Colectiva de Responsabilidad Civil Profesional, le comunicamos que la baja como colegiado/a implica la baja en dicha póliza colectiva (con la misma fecha de baja arriba solicitada) al ser requisito indispensable la colegiación para poder estar incluido/a en la misma. En caso de traslado a otra demarcación, recuerde contratar nuevamente dicha póliza.
4. De acuerdo a la normativa aplicable, las Recetas Médicas emitidas por este Colegio Oficial a su nombre serán anuladas telemáticamente por este Colegio Oficial (con la misma fecha de baja arriba solicitada). Por lo que deberá, al ser Vd. responsable de su conservación y custodia, destruir las que pueda poseer y solicitar nuevo/s talonario/s en el Colegio Oficial correspondiente, en caso de que vaya a continuar ejerciendo en otra demarcación.



# CODC

Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz  
 Edificio "Nuevo Estadio Ramón de Carranza"  
 Avda. Juan Carlos I, s/n - 4º - L35 - 11011 Cádiz  
 Tlf: 956 17 09 50 - Fax: 956 17 32 46  
 www.dentistascadiz.com  
 colegio@dentistascadiz.com

## PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL / SOLICITUD DE BAJA

<b>Responsable del tratamiento</b>	COLEGIO DE DENTISTAS DE CÁDIZ CIF Q6155021F Avenida Juan Carlos I, s/n Edificio "Nuevo Estadio Ramón de Carranza" Planta 4ª - Local 35 11011 CÁDIZ - ESPAÑA Tel: 956 17 09 50 Delegado de Protección de Datos: colegio@dentistascadiz.com
<b>Finalidad del tratamiento</b>	Gestión de la solicitud de baja de Colegiado.
<b>Plazo de conservación</b>	El plazo de conservación de los datos será el necesario para atender su solicitud.
<b>Legitimación</b>	Los datos son tratados en base a la relación de colegiación que vincula a las partes, y al consentimiento manifestado en esta solicitud.
<b>Destinatarios de los datos (cesiones o transferencias)</b>	Si está adherido a la misma, serán comunicados los datos a la compañía aseguradora con la que tiene el Colegio suscrita la póliza de responsabilidad civil profesional, para la gestión de la baja de la misma. También serán cedidos a las Administraciones Públicas que por imperativo legal debemos cederle sus datos, en particular, el Consejo General de Colegios de Dentistas, Consejo Andaluz, Consejo General de Médicos para la elaboración de receta privada, Colegios profesionales y Administración competente en materia sanitaria.
<b>Derechos</b>	Ud. podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación, Portabilidad, Limitación del tratamiento, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar los derechos deberá presentar un escrito en la dirección arriba señalada, dirigido al Delegado de Protección de Datos. Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, deberá acompañarse de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actuara mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).

Firma,

Nombre y Apellidos .....

Coleg. Nº 1100 .....