

**SOLICITUD DE COLEGIACIÓN**

D/Dña .....  
Con Documento Nacional de Identidad o NIE nº .....

**SOLICITO** mi inscripción en el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Castellón, declarando en este acto que conozco la Legislación vigente en cuanto a la colegiación obligatoria para desempeñar mi profesión, así como los Estatutos y Código de Ética Deontológica de este Colegio, con los que me comprometo desde estos momentos.

Me comprometo también a abonar las cuotas colegiales ordinarias y extraordinarias aprobadas en las Asambleas colegiales. Estas cuotas las haré efectivas de acuerdo con la costumbre establecida en el Colegio de Castellón.

Cualquier litigio que pudiera tener con el Colegio, si se saliera de los cauces puramente colegiales, podrá someterse en primer lugar a un Tribunal de Arbitraje o también a los Juzgados Ordinarios, pero siempre dentro de la jurisdicción del término de Castellón de la Plana, ciudad.

Asimismo declaro que las condiciones de mi ejercicio profesional son las expresadas en el cuestionario de solicitud que figura anexo, por lo que en caso de cambios me comprometo a comunicarlo a la mayor brevedad posible y por escrito al Colegio. Si no lo hiciera, seré conforme en acatar la sanción administrativa que el Colegio tenga establecida.

En caso de realizar mi ejercicio profesional en clínica o clínicas de propiedad ajena, me comprometo a actuar con las normas éticas y deontológicas marcadas por el Colegio, haciéndome responsable de los actos al margen de estas normas, aunque estén ordenados o dirigidos por la empresa propietaria..

Me comprometo también a no prestar mi título a personas que, sin tenerlo, puedan ejercer la profesión de forma parcial o total, en el mismo establecimiento sanitario donde yo trabaje.

Es obligación de todo colegiado, atendiendo a los requerimientos de nuestro Consejo General y a la legislación vigente informar puntualmente de las direcciones profesionales donde ejerza.

Información básica sobre Protección de datos:

Responsable: ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLON; Finalidad: Prestar los servicios solicitados y enviar comunicaciones comerciales; Legitimación: Ejecución de un contrato, interés legítimo del Responsable, consentimiento del interesado; Destinatarios: Están previstas cesiones de datos a: Ciudadanos que así lo soliciten, Colegios Profesionales y Registros Mercantiles, Entidades financieras, Mutualidades y Compañías aseguradoras; Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, indicados en la información adicional, que puede ejercer dirigiéndose a [lopd@addecuo.es](mailto:lopd@addecuo.es) o C/ NATURALISTA RAFAEL CISTERNAS 4, PUERTA 8 PISO 3; Procedencia: El propio interesado; Información adicional: En la web de la entidad [www.colegiodentistascastellon.es](http://www.colegiodentistascastellon.es)

En Castellón a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_

Firma interesado/a: \_\_\_\_\_