

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Fecha Colegiación: _____

Número de Colegiado/a. _____

D/D^e _____

Natural de _____ Provincia de _____ nacido el _____

D.N.I. _____ Título Profesional _____

Expedido por _____ en fecha _____ o Certificado supletorio provisional que goza de idéntico valor jurídico que el título con el número de Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales, firmado por el Rector en _____ fecha _____ por _____

Homologado por el M.E.C. con fecha _____ por el título Español de Licenciado en _____

Este título se encuentra registrado en el Libro de Registro Colegial al Folio nº _____

Otros títulos que exhibe:

_____ expedido por _____ en fecha _____

_____ expedido por _____ en fecha _____

_____ expedido por _____ en fecha _____

Domicilio Particular: _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Teléfono _____

Whatsaap _____ E-Mail _____ Móvil _____

Domicilio 1ª Consulta: _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ Teléfono _____
Fax/ Whassaap _____ E-Mail _____
Nombre de la Consulta _____
Responsable Sanitario _____
Días y horas de consulta _____

Domicilio 2ª Consulta: _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ Teléfono _____
Fax/ Whassaap _____ E-Mail _____
Nombre de la Consulta _____
Responsable Sanitario _____
Días y horas de consulta _____

Dedicación: **General**

Exclusiva

1ª Consulta _____

2ª Consulta _____

Sociedades Científicas:

Presto mis servicios profesionales en la Cías. de Seguros siguientes:

Domiciliación Bancaria:
 Banco/Caja _____ Sucursal _____
 C.C.C.: ____/____/____/_____
Datos Particulares del Colegiado/a
 Dirección-
 _____ C.P.: _____
 Localidad _____ Provincia _____
 Télefº _____

Procedencia de otro Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España: Sí No

Colegio: _____ Nº Colegiado: _____

Domicilio Clínico _____ C.P.: _____

Localidad _____ Provincia _____

Ejercicio en el ámbito geográfico de otro Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España: Sí No

Colegio: _____ Nº Colegiado _____

Domicilio

Clínico _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Código de Titulación:

Código de Actividad Principal:

E Estomatólogo
 EC Estomatólogo
 ECE Estomatólogo CEE
 EE Especialista
 MOC Méd. Odontól.
 O Odontólogo
 OC Odontólogo
 OCE Odontólogo CEE

01 Odontología
 02 Estomatología
 03 Odontología
 04 Prótesis
 05 Endodoncia
 06 Periodoncia
 07 Odontopediatría
 08 Ortodoncia
 09 Cirugía Maxilofacial
 10 Implantología

INFORMACIÓN EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA COLEGIADOS

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO	<p>ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN C/ TENERIAS 77 CP 12003 CASTELLÓN (España) Tel. 964340313 www.colegiodentistascastellon.es</p>
FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	<p>Los datos serán tratados con el objeto de tramitar su alta como colegiado a nivel administrativo, contable y fiscal, así como mantener el contacto con usted para prestarle un correcto servicio como colegiado, en cumplimiento de la Ley de Colegios Profesionales y de los propios estatutos del Colegio.</p> <p>Con el objeto de verificar la autenticidad de los títulos aportados para cursar su colegiación, por la presente Usted autoriza al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN a realizar los trámites oportunos ante la Subdirección general de títulos del Ministerio De Educación Cultura Y Deporte.</p> <p>Sus datos de carácter o uso profesional facilitados al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN, que se corresponden con el número de colegiado, teléfono fijo o móvil, fax, domicilio profesional, correo electrónico, serán incluidos en el censo de colegiados o guía colegial. Aunque los mismos tienen carácter de "fuente de acceso público", el propio ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN menciona que sus datos personales podrán ser utilizados por los usuarios de internet únicamente a modo de consulta no siendo posible utilizarlos para fines distintos.</p> <p>Su nombre, apellidos, número de colegiado, DNI e imagen figurarán en el carné colegial</p> <p>Por otro lado, informamos que el número de teléfono que nos indique será incluido en una lista de difusión de WhatsApp para enviar informaciones relativas a los colegiados del ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN.</p>
PLAZO DE CONSERVACIÓN	<p>El plazo de conservación de sus datos será el necesario para el cumplimiento de cualquier requisito legal aún después de finalizar su relación con el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN, y después podrán pasar a formar parte del archivo histórico del Colegio.</p>
LEGITIMACIÓN	<p>Los datos son tratados en base al consentimiento otorgado para los fines especificados anteriormente.</p>
DESTINATARIOS DE LOS DATOS (CESIONES O TRANSFERENCIAS)	<p>Los datos de carácter personal que nos facilite serán cedidos a otros Colegios Profesionales de dentistas, al Consejo General de Dentistas, a Ciudadanos que así lo soliciten, Mutualidades y Compañías aseguradoras, y a despachos jurídicos o abogados, y en su caso, a las entidades públicas o privadas, en consonancia con las finalidades anteriormente mencionadas.</p> <p>La gestión de la cuota colegial conlleva, necesariamente, la comunicación de sus datos a las entidades bancarias o financieras con las que trabaja el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN, para que proceda al cargo en cuenta de las cantidades adecuadas.</p>
DERECHOS	<p>Ud. podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación, Portabilidad, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar los derechos deberá presentar un escrito en la dirección arriba señalada.</p> <p>Deberá especificar cuál de estos derechos solicita y, a su vez, deberá acompañarse de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actúe mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo.</p> <p>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).</p>

Autorizo expresamente los siguientes términos:

- Autorizo al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN para que pueda enviarme información de cualquier tipo de interés colegial por WhatsApp, SMS o correo electrónico indicado en la solicitud.
- Autorizo al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN para que me incluya en el grupo de difusión de los colegiados de WhatsApp, para poder recibir información de cualquier índole relacionada con el Colegio.
- Autorizo al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN para que me pueda enviar información comercial de colaboradores o terceros.
- Autorizo al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN a ceder mis datos de contacto a empresas o autónomos patrocinadores de las acciones formativas o cursos. (en el caso de existir patrocinador y se haya exigido dicha condición para participar).
- Autorizo al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN a tomarme imágenes con el fin exclusivo de publicarlas en la redes sociales y canales de divulgación colegial, científico y de los colaboradores y patrocinadores de las acciones formativas, cediendo en este sentido los derechos de imagen de mi persona al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN, y a las entidades relacionadas.
- Autorizo al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN para que pueda remitirme periódicamente informando a través de medios telemáticos facilitado, en relación a artículos que pueden ser de su interés.
- Autorizo al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CASTELLÓN para que pueda comunicar mis datos a Infomed Servicios Informáticos, para poner a mi disposición software de gestión para la realización de mi actividad.

Como prueba de conformidad con cuanto se ha manifestado acerca del tratamiento de mis datos personales, firmo la presente.

Castellón, a _____ de _____ de 20_____

Firma interesado/a _____