

Nº COLEGIADO: \_\_\_\_\_

FECHA ALTA \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

EN EJERCICIO  
 SIN EJERCICIO

### DATOS PERSONALES

Nombre		Apellidos		
NIF	Nacionalidad	Fecha nacimiento	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Lugar de nacimiento		Domicilio particular en (Población)		
Calle		N.º	Piso	C.P.
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico particular		

### SÚBDITOS EXTRANJEROS

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

### TITULACIÓN PROFESIONAL

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

(I) En el caso de titulación expedida por Universidad extranjera

### OTROS TÍTULOS UNIVERSITARIOS

Título	Universidad	Fecha
Título	Universidad	Fecha

### COLEGIADO ANTERIORMENTE

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Colegio	Ejercicio en
--	---------	--------------

### DIRECCIÓN PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

Calle	N.º	Piso
Población	C.P.	Provincia

### SOLICITA

Su inscripción en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña, a cuyo efecto declara que sus circunstancias personales son las expuestas en esta solicitud y que no se encuentra incapacitado ni 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 Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña, 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, sometiéndose de modo expreso a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales de A Coruña, renunciando al fuero del Juzgado o Tribunal de su domicilio.

A Coruña, a ..... de ..... de .....

Firma

REGISTRO DE ENTRADA

--

--

**DECLARACIÓN CONDICIONES EJERCICIO PROFESIONAL**  
**DIRECCIÓN PROFESIONAL**

D/Dña \_\_\_\_\_colegiado/a nº \_\_\_\_\_

Declaro que las condiciones de mi ejercicio profesional y dirección profesional son las indicadas en el cuestionario expresado a continuación, comprometiéndome a notificar por escrito al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña, de conformidad con sus Estatutos Particulares, las modificaciones que hubiera lugar, siendo de mi conformidad la sanción que asigne la Junta de Gobierno de acuerdo al Régimen sancionador de los mismos, si mi ejercicio profesional se apartase de lo declarado, comprometiéndome a no prestar mi Título profesional para la regencia de un gabinete dental en el que todo trabajo o asistencia no fuera prestada personalmente por mí, y a no ser sustituido nunca por un profesional no legalmente capacitado.

Nombre o razón social de la clínica		Titular o propietario (nombre y apellidos)		
Responsable sanitario (nombre y apellidos)				Fecha inicio de la actividad
Dirección		Población	Nº	Piso
		C.P.		
Teléfono	Fax	Correo electrónico		Página Web
Ejercicio profesional:		Dedicación profesional preferente:		
<input type="checkbox"/> <b>Cuenta propia (propietario)</b> <input type="checkbox"/> <b>Cuenta propia (prestación de servicios)- Persona o entidad contratante</b> <input type="checkbox"/> <b>Cuenta ajena (contrato laboral).....</b> <input type="checkbox"/> <b>Sociedad. Tipo de Sociedad:.....</b>		<input type="checkbox"/> <b>Especial</b> <input type="checkbox"/> <b>Exclusiva</b> Marque con una X lo que proceda: <input type="checkbox"/> Odontología General <input type="checkbox"/> Odontopediatría <input type="checkbox"/> Periodoncia <input type="checkbox"/> Ortodoncia <input type="checkbox"/> ATM y Oclusión <input type="checkbox"/> Implantología <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Endodoncia <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		
Horarios de atención del colegiado (días de la semana y horario de cada día):				
Presta servicios profesionales en otras direcciones: <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> (en caso de respuesta afirmativa cubrir tantos impresos como direcciones profesionales)				

Y para que conste firmo la presente en A Coruña, a ..... de .....de .....

Firma

Los datos que figuran en este formulario serán incluidos en la base de datos que existe en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña, y tienen por finalidad el cumplimiento de los fines asignados a los Colegios Profesionales por la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales y los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General (Real Decreto 2828/1998, de 23 de diciembre). Es obligatoria la cumplimentación de este cuestionario. En el caso de producirse una negativa a facilitar estos datos o que los datos recabados hayan sufrido variación y no se haya comunicado, podrá dar lugar a la imposición de sanciones por incumplimiento del deber establecido en los Estatutos Particulares del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña. Los datos relativos a nombre, título, profesión, actividad, grado académico, dirección profesional e indicación de su pertenencia a este Colegio tendrán la consideración de fuente accesible al público y podrán ser publicados en la página web y en los directorios de colegiados. Le asiste el derecho a que en la lista de Colegiados se indique gratuitamente que los datos publicados no pueden utilizarse para fines de publicidad o prospección comercial, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndose al efecto a la Sede de esta Corporación.

--

## FICHA PARA CONFECCIÓN DE CARNÉ

### Datos personales:

Nombre	Apellidos	
NIF	Nº Colegiado	Título

### Dirección clínica (s)

Dirección	Población	Nº	Piso	C.P.
Dirección	Población	Nº	Piso	C.P.
Dirección	Población	Nº	Piso	C.P.

Solicita la emisión del carné colegial y se compromete a su devolución en el caso de causar baja como colegiado o cuando, por una posible sanción disciplinaria, sea requerido, entendiéndose que dicho documento es propiedad del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña.

### FIRMA

<p>Adherir <b>FOTO ACTUAL</b></p>
---------------------------------------

--

Los datos que figuran en este formulario serán incluidos en la base de datos que existe en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña, y tienen por finalidad el cumplimiento de los fines asignados a los Colegios Profesionales por la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales y los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General (Real Decreto 2828/1998, de 23 de diciembre). Es obligatoria la cumplimentación de este cuestionario. En el caso de producirse una negativa a facilitar estos datos o que los datos recabados hayan sufrido variación y no se haya comunicado, podrá dar lugar a la imposición de sanciones por incumplimiento del deber establecido en los Estatutos Particulares del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña. Los datos relativos a nombre, título, profesión, actividad, grado académico, dirección profesional e indicación de su pertenencia a este Colegio tendrán la consideración de fuente accesible al público y podrán ser publicados en la página web y en los directorios de colegiados. Le asiste el derecho a que en la lista de Colegiados se indique gratuitamente que los datos publicados no pueden utilizarse para fines de publicidad o prospección comercial, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndose al efecto a la Sede de esta Corporación.

--

**DOMICILIACIÓN BANCARIA**

A Coruña, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Sr. Director del Banco/Caja de Ahorro \_\_\_\_\_  
 Sucursal de la calle \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Oficina nº \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_

		IBAN																	
		ENTIDAD			OFICINA			D.C.		NUMERO C.C.									
E	S																		

Muy señor mío:

Ruego a usted, que hasta nuevo aviso, haga efectivo al COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE A CORUÑA con cargo a mi cuenta corriente / libreta de ahorro, los recibos que dicha institución presente al cobro y que me corresponda satisfacer como colegiado.  
 Atentamente le saluda

Firma:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I. : \_\_\_\_\_

### **AVISO LEGAL**

En cumplimiento de la citada Ley Orgánica 15/1 999, 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 COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE A CORUÑA, inscrito en el Registro General de la Agenda Española de Protección de Datos.

Las finalidades de dicho fichero son las enumeradas como fines del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña 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:

- **Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.**
- **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 N° 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 accidentes, cuyo tomador es este Colegio Oficial.

Y tu nombre y apellidos, dirección, DNI, teléfonos y fecha de nacimiento, son cedidos a: Previsión Sanitaria Nacional, con la finalidad exclusiva de hacer efectiva la Póliza de Seguro de Vida Colectiva contratada por este Colegio, 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, título, 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 este Colegio 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 Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.**

**Universidades y Centros reconocidos de Formación Graduada y Postgraduada.**

**Guías profesionales del sector sanitario.**

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.

Así mismo autorizas a este Colegio a la verificación de tu título en el Registro Nacional de Títulos, de conformidad con el artículo 11.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos de carácter personal.

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 de DNI, dirigido al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña, C/ Emilio González López, 28-Bajo, 15011 de A Coruña.

A Coruña, a.....de .....de .....

Firmado:

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

D./DÑA. \_\_\_\_\_

Ha presentado en este Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña la documentación que señala para tramitar su colegiación. **En ningún caso la simple presentación de la misma da derecho a la colegiación. Ésta se llevará a cabo por expresa resolución del colegio y comunicada por escrito al interesado. En cualquier momento la Junta de Gobierno podrá requerir la ampliación de la documentación, a fin de acreditar las circunstancias que dan derecho a la misma.**

- SOLICITUD DE COLEGIACIÓN
- COPIA AUTENTICADA DEL TÍTULO ACADÉMICO O ACREDITACIÓN
- COPIA AUTENTICADA DEL OFICIO DE HOMOLOGACIÓN
- COPIA AUTENTICADA DEL PASAPORTE
- COPIA DEL DNI o NIE
- CERTIFICADO N.I.E.
- TARJETA N.I.E.
- SOLICITUD DE ALTA EN EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL O CERTIFICADO DE LA COMPAÑÍA SI YA LO TUVIESE CONTRATADO Y JUSTIFICANTE DE PAGO
- IMPRESOS DE DOMICILIACIÓN BANCARIA
- 3 FOTOGRAFÍAS
- DERECHOS ECONOMICOS DE TRAMITACIÓN ADMINISTRATIVA DEL ALTA COLEGIAL
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Por la firma del presente, al final y en todas sus hojas, **MANIFIESTO:**

- a) La veracidad de todos los datos anteriormente consignados.
- b) Mi inequívoco consentimiento, en cuanto me es exigible para todo lo concerniente a la incorporación, tratamiento y cesión de datos.
- c) Mi conocimiento y acatamiento a las disposiciones que regulan los colegios profesionales y los Estatutos Colegiales por lo que se gobierna este Colegio así como las disposiciones contenidas en el Código de Ética y Deontología Profesional, disposiciones todas ellas que me obligo a cumplir.

A Coruña, a ..... de ..... de .....

Fdo.: El Director Ejecutivo u Oficial del Colegio

Fdo.: El/La interesado/a

## **DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA LA SOLICITUD DE COLEGIACIÓN**

### **EN TODOS LOS CASOS:**

- Solicitud de colegiación (se facilitará impreso en el Colegio o se descargará en el apartado Recursos/Documentos de Interés o bien en el siguiente enlace [http://www.icoec.es/documentos/impresos\\_solicitud\\_colegiacion.pdf](http://www.icoec.es/documentos/impresos_solicitud_colegiacion.pdf)).
- Original y copia del Título Académico o, en su defecto, certificación de la Universidad correspondiente de haber solicitado la expedición del título junto con el impreso del pago de los derechos para su solicitud (en este último caso, adjuntar original y copia de la certificación académica personal).
- Original y fotocopia de la Credencial del Ministerio correspondiente de que el interesado reúne las condiciones de formación requeridas (Homologación en caso de que el título sea extranjero).
- En caso de haber ejercido como dentista anteriormente: certificado expedido por la autoridad competente (colegio profesional, asociación profesional o institución), en el que se acredite el haber levantado las cargas anejas, haber cumplido correctamente con el código ético-deontológico y demás reglamentos profesionales, y no encontrarse inhabilitado o suspendido expresamente para el ejercicio de la profesión de dentista, en virtud de resolución judicial o corporativa firme (con antigüedad inferior a tres meses).
- Declaración de condiciones de ejercicio profesional. Seguro de responsabilidad civil: Certificado de la compañía de seguros y justificante de pago si ya lo tuviese contratado.
- Impresos de domiciliación bancaria (2), cubiertos y firmados.
- 3 fotografías tamaño carnet.
- Derechos económicos de tramitación administrativa del alta colegial para el año 2017: 100,00 €. más la cuantía correspondiente a los meses no vencidos del trimestre natural, a contar desde la fecha de solicitud, en concepto de cuota colegial ordinaria.
- Carta original y copia donde se detallen los documentos que se aportan.

### **ESPAÑOLES:**

- Original y copia del DNI.

### **COMUNITARIOS**

- Certificado del N.I.E. (Documento .emitido por la Dirección General de la Policía) o en su defecto original y fotocopia de la Tarjeta N.I.E.

### **NO COMUNITARIOS:**

- Certificado del N.I.E. (Documento emitido por la Dirección General de la Policía) y original y fotocopia de la Tarjeta N.I.E.
- Original y fotocopia de la Tarjeta de Residencia y Trabajo en vigor.

### **Notas**

- La presentación de esta documentación se hará personalmente en la Secretaría del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña, C/ Emilio González López, 28-Bajo, A Coruña, de lunes a viernes de 9 a 14 horas, o bien vía telemática en cuyo caso la documentación enviada tendría que estar compulsada.

- Las copias serán compulsadas en la Secretaria del Colegio.

- De todos los documentos que no consten en castellano deberá aportarse, junto al mismo, una traducción realizada por un traductor jurado.

- Para el ejercicio profesional por cuenta propia es necesario darse de alta en el **Régimen Especial de Trabajadores Autónomos** de la Seguridad Social, además de tramitar la **Declaración Censal de empresarios, profesionales y retenedores** de la Agencia Tributaria (es conveniente facilitar copia de ambos documentos para su inclusión en el expediente colegial). Igualmente para los trabajadores por cuenta ajena es conveniente aportar copia del contrato de trabajo.