



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE CÓRDOBA

(A CUMPLIMENTAR POR EL COLEGIO)

NÚMERO DE COLEGIADO

14 / ____ / ____

FECHA DE ALTA

____ / ____ / ____

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

DATOS PERSONALES

NOMBRE		APELLIDOS			
N.I.F. // D.N.I.		NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
					<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
DOMICILIO PARTICULAR					POBLACIÓN
CALLE		Nº	PISO	C.P.	
TELÉFONO PARTICULAR		TELÉFONO MÓVIL		CORREO ELECTRÓNICO PARTICULAR	

EXTRANJEROS (Ciudadanos Comunitarios y no Comunitarios)

N.I.E. / Nº DE PASAPORTE		NACIONALIDAD			
Nº PERMISO DE RESIDENCIA		FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE CADUCIDAD	
Nº PERMISO DE TRABAJO		FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE CADUCIDAD	

TITULACIÓN PROFESIONAL

TÍTULO ACADÉMICO		UNIVERSIDAD			
PAÍS		FECHA DE EXPEDICIÓN			
HOMOLOGADO AL TÍTULO ESPAÑOL [1]		NÚMERO DE RESOLUCIÓN [1]		FECHA DE RESOLUCIÓN [1]	

[1] En el supuesto de titulación expedida por Universidad Extranjera

OTROS TÍTULOS UNIVERSITARIOS

TÍTULO		UNIVERSIDAD		FECHA	
TÍTULO		UNIVERSIDAD		FECHA	

OTROS // OBSERVACIONES (Señalar lo que proceda)

¿HA ESTADO COLEGIADO ANTERIORMENTE?		En caso afirmativo ¿EN QUÉ COLEGIO?		¿EN QUÉ CONDICIÓN?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				CON EJERCICIO <input type="checkbox"/> SIN EJERCICIO <input type="checkbox"/>	

DIRECCIÓN PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

CALLE		Nº	PISO
POBLACIÓN		PROVINCIA	C.P.

SOLICITA

Su inscripción en el **ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CÓRDOBA** (en adelante **CODECOR**), a cuyo efecto declara que sus circunstancias personales son las expresadas en esta solicitud y que no se encuentra incapacitado ni inhabilitado para el ejercicio profesional de Dentista, obligándose a notificar por escrito al **CODECOR** cualquier modificación. Asimismo, con la firma de la presente, acata 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 **CODECOR**, de conformidad con sus propios Estatutos y demás normativa legal de aplicación, estando obligado a abonar las cuotas colegiales ordinarias y extraordinarias establecidas o que se impongan, y sometiéndose de modo expreso a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales de Córdoba, renunciando al fuero del Juzgado o Tribunal de su domicilio.



Autorizo al personal designado por el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Córdoba a verificar en el Registro Nacional de Títulos Universitarios del Ministerio de Educación el título que presento en esta solicitud de colegiación, autorización sin la cual no será posible completar el trámite necesario para mi inscripción en este Colegio.

Córdoba, a ____ de ____ de ____

Firma

REGISTRO DE ENTRADA

AVISO LEGAL

En cumplimiento de lo dispuesto en el **REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 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 **ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CÓRDOBA** (en adelante **CODECOR**), inscrito en el **Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos**.

Las finalidades de dicho fichero son las enumeradas como fines del **CODECOR** en sus propios Estatutos, entre las que destacan: la ordenación, en el ámbito de su competencia, del ejercicio de la actividad profesional de 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 los principios éticos y deontológicos de dicha práctica profesional.

Para el cumplimiento de estos fines, te informamos que tus datos son comunicados a las siguientes entidades:

- **Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España.**
- **Ilustres Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos y/o Dentistas de España.**
- **Colegios y Corporaciones de Odontólogos y Estomatólogos y/o Dentistas de la Unión Europea e internacionales.**
- **Administración Estatal, Autonómica y Local y Administración de Justicia.**

Igualmente, te informamos que tu **número de colegiado, nombre y apellidos, dirección profesional y D.N.I.** son cedidos a:

- **Seguros Bilbao [1]**, con la finalidad de incluirte en la Póliza colectiva de Responsabilidad Civil, cuyo tomador es el **CODECOR**, en el supuesto de que hayas solicitado tu incorporación a la misma.

Asimismo, tu **nombre y apellidos, D.N.I. y fecha de nacimiento**, son cedidos a:

- **Correduría Baelo [1]**, con la finalidad exclusiva de hacer efectiva la Póliza de Seguro de Vida y la Póliza de Seguro de Accidentes colectivos contratadas por el **CODECOR** para sus colegiados, e incluirte como asegurado en las mismas en virtud del acuerdo adoptado en su día por la Junta de Gobierno del **CODECOR**.

Además, tus datos constitutivos de fuentes accesibles al público, reconocidos como tales en 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 CODECOR)**, podrán ser cedidos a las siguientes entidades y/o personas físicas:

- **Empresas, Entidades y Compañías de Seguros** con las que el **CODECOR** tenga establecidos o establezca convenios o contratos, al único efecto de lo recogido en los mismos.
- **Revistas y publicaciones** de interés profesional.
- **Sociedades Científicas** adscritas al Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos y/o Dentistas de España.
- **Universidades y Centros** reconocidos de Formación Graduada y Postgraduada.
- **Guías profesionales** del sector sanitario.
- **Colegiados del CODECOR.**

Por otro lado, te comunicamos que procederemos a enviarte 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, telecomunicaciones, científico y docente, bancario, asegurador, inmobiliario, cultural, etc.

No obstante, si no deseas recibir publicidad sobre los productos y servicios ofertados por todos o alguno de los sectores mencionados, debes comunicarlo por escrito en el domicilio social del **CODECOR** (Avda. Gran Capitán nº 45 local de Córdoba). **Con la firma de este AVISO LEGAL entendemos otorgado tu consentimiento, que en todo caso, podrás revocar en cualquier momento.**

Por último, **puedes ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la mencionada L.O.P.D., mediante escrito, acompañado de fotocopia de tu D.N.I., dirigido al CODECOR (Avda. Gran Capitán nº 45 local de Córdoba), o a través de los formularios que se encuentran a tu disposición en la dirección anteriormente citada.**

CÓRDOBA, a _____ de _____ de _____

Firmado

Enterado y Conforme: D./Dña. _____ **N.I.F.:** _____

[1] O entidad aseguradora que pueda sustituir en un futuro a la actual.



C/ Avda. Gran Capitán n° 45.

14006 – C Ó R D O B A.

Tlf: 957.480.488.

Fax: 957.490.913.

E-mail: codecor@colegiodentistascordoba.com

**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE CÓRDOBA**

PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN

D./Dña. _____ ha presentado en el **Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Córdoba** (en adelante **CODECOR**), la documentación que se señala, con una cruz, 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 de la Junta de Gobierno y comunicada por escrito al/la interesado/a. En cualquier momento la Junta de Gobierno del CODECOR podrá requerir la ampliación de la documentación, a fin de acreditar las circunstancias que dan derecho a la misma.**

- SOLICITUD DE COLEGIACIÓN.
- TÍTULO OFICIAL **(1)**.
- CERTIFICADO SUSTITUTORIO DEL TÍTULO OFICIAL FIRMADO POR EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD EN EL QUE CONSTE EL NÚMERO ÚNICO DEL REGISTRO NACIONAL DE TITULADOS **(1)**.
- COPIA AUTENTICADA DE LA CREDENCIAL DEL MINISTERIO CORRESPONDIENTE, DE QUE EL INTERESADO REÚNE LAS CONDICIONES DE FORMACIÓN REQUERIDAS.
- DECLARACIÓN DE CONDICIONES DE EJERCICIO PROFESIONAL.
- COPIA AUTENTICADA DEL PASAPORTE.
- COPIA AUTENTICADA DEL D.N.I. O N.I.E.
- COPIA AUTENTICADA DEL PERMISO DE TRABAJO Y RESIDENCIA.
- CERTIFICADO DE PENALES.
- CERTIFICADO DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL.
- CERTIFICADO N.I.E.
- COPIA DEL ALTA EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
- COPIA DE LA DECLARACIÓN CENSAL DE EMPRESARIOS, PROFESIONALES Y RETENEDORES de la Agencia Tributaria.
- COPIA DE CONTRATO LABORAL ESTABLECIDO CON CLÍNICA DENTAL, SI PROCEDE.
- SOLICITUD DE ALTA EN EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL O CERTIFICADO DE LA COMPAÑÍA CON LA QUE LO TUVIESE CONTRATADO, ASÍ COMO JUSTIFICANTE DE PAGO (en el supuesto de solicitar la colegiación con ejercicio).
- DOCUMENTO DE ACATAMIENTO DE ESTATUTOS COLEGIALES.
- IMPRESOS DE DOMICILIACIÓN BANCARIA.
- CUATRO FOTOGRAFÍAS.
- DERECHOS ECONÓMICOS DE TRAMITACIÓN ADMINISTRATIVA DEL ALTA COLEGIAL.
- _____
- _____

(1) No será posible tramitar la colegiación si no se presenta, junto con la solicitud, el título académico oficial o, en su caso, certificado firmado por el rector de la Universidad con el número único del Registro Nacional de Titulados, cuya validez es de un año, no pudiendo aceptar certificados sustitutorios en los que no figure dicho número único, certificados de pago de tasas del título o certificados de notas.

CÓRDOBA, a _____ de _____ de _____

Fmdo: **PERSONAL ADMINISTRATIVO**

SELLO DEL COLEGIO

Fmdo.: **EL(LA) INTERESADO(A)**

