COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS

code

BURGOS PALENCIA SORIA VALLADOLID ZAMORA

DOCUMENTACION NECESARIA PARA COLEGIARSE

1. La que se adjunta, debidamente cumplimentada en todos sus extremos.
2. Título o resguardo de haber satisfecho los derechos para su obtención, o certificación académica de tener terminados los estudios (original o fotocopia compulsada).
3. Para titulaciones extranjeras, oficio de homologación o convalidación expedido por el Ministerio de Educación y Cultura.
4. Certificación negativa del Registro Central de Delincuentes Sexuales. Este certificado se puede obtener de forma personal en las Gerencias Territoriales del Ministerio de Justicia o en las Delegaciones y Subdelegaciones de Gobierno de cada provincia. Para realizar el trámite de manera telemática, a través del enlace: https://sede.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Sede/es/tramites/certificado-registro-central
5. Fotocopia del Documento Nacional de Identidad.
6. Dos fotografías tamaño carnet y otra en formato digital.
7. Transferencia bancaria a la entidad Caja España Duero (Plaza Fuente Dorada – Valladolid): ES52 2108 4401 1300 3325 9075, por importe de 50,00 euros, en el caso de tratarse de primera colegiación en un Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de España. No existe cuota de incorporación al Colegio en el caso de haber estado colegiado ya anteriormente en algún Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de España (en este último caso se deberá aportar certificación acreditativa de ese extremo por parte del Colegio correspondiente).

Todas las incorporaciones de nuevos licenciados tendrán una reducción de la cuota trimestral del 50 % durante tres años, *a contar desde la fecha de finalización de la carrera.*

Asimismo, las nuevas colegiaciones de profesionales inscritos en el SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO, tendrán un descuento en las cuotas colegiales del 75 %, previa acreditación y actualización de la situación de desempleo, previa declaración jurada. Igualmente podrán beneficiarse de este descuento del 75% de la cuota los profesionales que se encuentren realizando un máster **a tiempo completo**, lo que deberá acreditarse con el correspondiente certificado del organismo que lo imparte, en el que se exprese el tiempo de duración y la jornada del mismo.

Únicamente gozarán de la reducción de la cuota trimestral aquellos colegiados que presenten antes del día 15 de cada mes de enero, abril, julio y octubre, con motivo del giro de los recibos trimestrales, el certificado de la vida laboral que acredite su condición de desempleo en cada uno de los trimestres. Certificado que podrán obtener en la página web http://www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=50 o por vía telefónica en el 901 50 20 50 y que deberán hacer llegar a las dependencias del Colegio con registro de entrada antes del día 15 de los meses citados.

En caso de que no se reciba el certificado en las fechas indicadas se procederá automáticamente al giro bancario por el importe que proceda.

Ilustre Colegio Oficial de
Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región

foto

COLEGIADO NÚMERO:

fecha

(Espacio reservado para la Administración Colegial)

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Don/Doña:.....

De nacionalidad:.....con D.N.I/Pasaporte o Permiso de Residencia número …….

Nacido en:..... provincia de.....País.....

Fecha de nacimiento:.....con domicilio en: ……

Localidad:.....provincia:.....C.P.... .....teléfono.....

Tfno:.....Fax:.....C.electrónico: .....

TITULACIÓN ACADÉMICA

Título: .....Universidad: ..... Fecha: .....

Título: .....Universidad: ..... Fecha: .....

Homologación al título de*: .....

*En caso de título expedido por una Universidad extrajera

OTROS TÍTULOS QUE EXHIBE

Título:.....Universidad:.....Fecha: .....

Título.....Universidad:.....Fecha:.....

DOMICILIO PROFESIONAL

Marque con una X lo que proceda:

☐ Consulta propia establecida en:

Colabora con:

☐ Entidades oficiales

☐ Consultas Privadas

Clínica: Dirección: .....

Localidad: .....Provincia: ..... Código Postal: .....

Tfno:.....Fax:.....C.electrónico: .....

Días y horas de consulta:

Tiene laboratorio propio: Si ☐ No ☐

DEDICACIÓN PROFESIONAL PREFERENTE

Marque con una X lo que proceda:

Odontología General	Odontopediatría	Ortodoncia	Preventiva
Cirugía Implantológica	Periodoncia	Medicina Bucal	Pública
Odontología Conservadora	Estética	Endodoncia	
ATM y Oclusión	Otros (especificar)		

¿HA ESTADO O ESTÁ COLEGIADO?

Si No Región..... Provincia .....

CESIÓN DE DATOS

Autorizo al Colegio para que sus datos sean cedidos para recibir correspondencia de interés general: Si No

SOLICITA se le inscriba en el **Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región.**

Acatando, por la firma de la presente, las disposiciones que regulan la colegiación obligatoria. Me obligo y comprometo a abonar las cuotas colegiales ordinarias y extraordinarias establecidas o que se impongan, sometiéndome de un modo expreso a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales a que corresponde dicho Colegio, renunciando al fuero del Juzgado o Tribunal de mi domicilio, lo que hago voluntariamente y de modo expreso a favor de los Tribunales a que pertenece el Colegio en el que pretendo mi colegiación.

Valladolid, a de de

……..

FIRMA,

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. "Mediante la cumplimentación del presente formulario autorizo al Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región, a que mis datos de carácter personal que figuran en este formulario sean incluidos en la base de datos que existe en el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región, con sede en la C/ Esgueva, 13, 47003 Valladolid, que tiene 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 su información será utilizada por las autoridades colegiales para dichos fines. De no acatarse los datos recabados, puede no ser posible la incorporación al Colegio. De ellos, los datos relativos a nombre, título, profesión, actividad, grado académico, dirección e indicación de la pertenencia al Colegio que serán publicados en la lista de colegiados del Colegio, tendrán la consideración de fuente accesible al público y serán facilitados a quien lo solicite, salvo declaración expresa en contra, en cuyo caso sólo se publicará su nombre y número de colegiado. 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 la Corporación."

(Espacio reservado para la Administración Colegial)

La Junta de Gobierno en sesión celebrada el día……de……de……., a la vista de la presente solicitud, acordó……

VºB
El Presidente,

El Secretario,

DATOS DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

D./Dª

Colegiado nº

Muy Sres. Míos:

Les agradecería que hasta nuevo aviso presenten al cobro los recibos del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región en la cuenta corriente abajo indicada.

Caja o Banco:
Calle:
Localidad:
Provincia:
C.P.:

COD. IBAN	ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº DE CUENTA
ES				

VALLADOLID, de de

FIRMADO:

Los datos que figuran en este formulario serán incluidos en la base de datos que existen en el Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región, y que tiene por finalidad el cumplimiento de los fines asignados a los Colegios Profesionales por la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales (señaladamente artículo 5.J) y su información será utilizada por las autoridades colegiales para dichos fines. Es obligatoria la cumplimentación de este cuestionario, en el caso de que los datos recabados hayan sufrido variación desde la última comunicación y su negativa cuando sea improcedente podrá dar lugar a la imposición de las sanciones procedentes por incumplimiento del deber establecido en el artículo 18.2b) de los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General aprobados por Real Decreto 2828/1998, de 23 de diciembre. Los datos relativos a nombre, título, profesión, actividad, grado académico, dirección e indicación de su pertenencia a este Colegio serán publicados en la próxima edición del anuario y en la página web y serán facilitados a quien los solicite. En cualquier momento puede solicitar información de los datos obrantes en este fichero, solicitar su rectificación en lo que sea inexactos o incompletos y su cancelación.

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS
DE LA OCTAVA REGION

(Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora)

D.

D E C L A R A

que se compromete a acatar la normativa legal sobre Colegios Profesionales, así como los Estatutos reguladores de la actividad profesional de los Odontólogos y Estomatólogos y a cumplir, en el ejercicio de la profesión, las directrices emanadas por la Organización Colegial, acatando las resoluciones de sus órganos, sin perjuicio de los recursos que legalmente procedan con arreglo a Derecho.

Y para que conste, firmo la presente en , a
de de dos mil .

(firma)