

D./Dña. _____,
colegiado/a en el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Málaga [en adelante **COLEGIO**]
con el número _____ y con domicilio de mi consulta dental en la **localidad** de
_____, calle/avda./plaza _____
nº _____,

DECLARO

1. Que siendo conocedor de la normativa que, aprobada por la Asamblea de colegiados, regirá el **CONTROL DE CALIDAD de las consultas dentales de la provincia de Málaga** que el **COLEGIO** entregará a sus colegiados y habilitados que cumplan los requisitos exigidos en dicha normativa, he solicitado de su Junta de Gobierno someter mi consulta dental a dicho **CONTROL DE CALIDAD**;
2. Que por cumplir todos los requisitos exigidos, justificados en la documentación que he remitido a nuestra sede social, por la Junta de Gobierno del **COLEGIO** me ha sido concedido el mismo, acreditado por medio de una **PLACA IDENTIFICATIVA**.
3. Que conozco que dicha **placa identificativa**, que ha confeccionado el **COLEGIO**, es propiedad de éste dado que en la misma figuran tanto el **Escudo** como el **Logotipo** del **CONTROL DE CALIDAD** los cuales han sido registrados, no pudiendo hacer uso de los mismos sin su autorización.
4. Que por ello la **placa identificativa** la recibo del **COLEGIO** y previo abono de su coste, de la cantidad de **VEINTITRES EUROS CON VEINTE CENTIMOS**, una vez devuelva este impreso debidamente firmado.
5. Que conozco asimismo, que la **placa identificativa** podrá serme retirada, obligándome a devolverla, en el supuesto de un incumplimiento por mi parte de cualquiera de los requisitos de esta normativa.

En prueba de conformidad con la normativa por la que se rige el **CONTROL DE CALIDAD** de las consultas dentales de la provincia de Málaga concedido por el **COLEGIO**, firmo el presente escrito en la localidad de _____, siendo el día _____ de _____ de _____.

Firmado

PREÁMBULO

El **Código de Ética y Deontología Dental Español** integra los valores morales, normas éticas y principios deontológicos que deben inspirar, guiar y definir la conducta profesional del dentista, cuya reputación se basa única y exclusivamente en su categoría personal, competencia profesional e integridad moral.

En base a ello, el **Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de MÁLAGA** (en adelante **COLEGIO**) ha estimado conveniente instaurar mediante acuerdo de su Asamblea General de fecha 15 de diciembre de 2007 un **CONTROL DE CALIDAD de las consultas dentales de la provincia de MÁLAGA**, lo que redundará en beneficio de la salud bucodental de la población.

Y así, dichas consultas dentales podrán recibir un **Certificado de CONTROL DE CALIDAD** por parte del **COLEGIO**, si cualquiera de sus **COLEGIADOS**, propietarios de las mismas, **lo solicitan de forma voluntaria**, para lo cual deberán cumplir la normativa que a continuación se describe.

* * * * *

FORNOC

DE

CALIDAD



NORMAS A CUMPLIMENTAR PARA RECIBIR LA CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD

- A.** En relación con la consulta dental de que se trate, se deberá:
- A.1.** Aportar fotocopia del certificado acreditativo de haber recibido la Autorización administrativa de Instalación y/o de Funcionamiento de la consulta dental, al amparo de lo recogido en el **Decreto 16/1994, de 25 de enero (B.O.J.A. de 5 de febrero)**.
 - A.2.** Aportar el Número de Registro especial de Instalaciones de Rayos X de los aparatos de radiodiagnóstico existentes en la consulta dental, al amparo de lo recogido en el **Real Decreto 1891/1991, de 30 de diciembre (B.O.E. de 3 de enero de 1992)**, sobre Instalación y Utilización de Aparatos de Rayos X con Fines de Diagnóstico Médico; de no haberlo recibido todavía, certificación de haber presentado en la Delegación Provincial de la Consejería de Trabajo e Industria, toda la documentación exigida con la cumplimentación de todos los requisitos, estando a la espera de su concesión.
 - A.3.** Aportar fotocopia del contrato de prestación del servicio de recogida y gestión de Residuos Biosanitarios y/o tóxicos y peligrosos, generados en la consulta dental.
 - A.4.** Aportar fotocopia del certificado de haber realizado la inspección anual de la instalación de los aparatos de radiodiagnóstico de la consulta dental, que ha debido ser realizada por una Unidad Técnica de Protección Radiológica [U.T.P.R.] .



CONTROL
DE
CALIDAD

A.5. Indicar nombre y apellidos del **COLEGIADO** que figure como **Director Técnico** de la consulta dental, así como, si los hay, de los **colaboradores** que ejerzan su actividad profesional en la misma, todos los cuales deberán estar inscritos en el **COLEGIO** y, asimismo, nombre y apellidos del **personal auxiliar**, con expresión de la cualificación o, en su caso, titulación profesional que ostenta [**Art.9.3., Capítulo II, decreto 416/94, de 25 de octubre (B.O.J.A. de 26 de noviembre)**].

A.6. Admitir que, en cualquier momento, pueda ser realizada la inspección de la consulta dental por una **Comisión de Inspección** del **COLEGIO**, siendo sus integrantes, funciones y atribuciones las recogidas sobre el particular por la Junta de Gobierno.

B. En relación con el **COLEGIADO** que trabaje en la **consulta dental** de que se trate, éste deberá:

B.1. Aportar fotocopia del **certificado que acredita que tiene contratado a su nombre un Seguro de Responsabilidad Civil para el año en curso y su cuantía**, que deberá recoger tener cubierto el **pol atómico** y la **tenencia del aparato de rayos X** .

B.2. Aportar fotocopia del **certificado de haber superado el Curso de Director de Instalación de Radiodiagnóstico Dental, que le acredita para dirigir instalaciones de rayos X con fines diagnósticos**, en virtud de lo dispuesto en el **Apartado Séptimo de la Resolución del Consejo de Seguridad Nuclear de 5 de noviembre de 1992 (B.O.E. de 14 de noviembre de 1992)**, en relación con los artículos 13 y 14.2 del Real Decreto 1891/1991, de 30 de diciembre (B.O.E. de 3 de enero de 1992) [**Ver NOTA al final**].



C. En relación con el ejercicio profesional de la Odontología o Estomatología, el COLEGIADO:

- C.1. Deberá indicar los **días** y las **horas** de la semana que la consulta dental, en la que realice su ejercicio profesional, estará abierta para atender a sus pacientes.
- C.2. Si tiene trabajando con él a uno o varios **COLEGIADOS**, deberá **notificar** su(s) nombre(s).
- C.3. Si la consulta dental donde realice su ejercicio profesional **no es de su propiedad** pero lo hace en ella directamente bien en régimen de alquiler (**arrendamiento**) o a través de una sociedad profesional exclusivamente de Dentistas deberá presentar fotocopia del correspondiente contrato por el que se rigen los mismos.
- C.4. Aceptará someterse al dictamen de la Comisión Deontológica del **COLEGIO**, en el supuesto de que exista una denuncia por cualquier problema surgido a causa de un tratamiento, siempre y cuando, si una vez estudiado el caso por los miembros de dicha Comisión, es admitido por éstos como materia de su competencia para dictar resolución.
- C.5. Dado que la reputación del dentista se basa única y exclusivamente en su categoría personal, competencia profesional e integridad moral, la publicidad deberá estar basada en los principios de veracidad, competencia leal y protección del paciente y su salud, ser objetiva y transparente y redactada de forma discreta en todos sus aspectos, recordando que el odontoestomatólogo es el único responsable ante el **COLEGIO** de todo lo referente a una consulta dental.
- C.6. Deberá dar conocimiento, bien dentro del plazo indicado en alguno de los contenidos de determinados artículos de esta normativa o bien de manera inmediata, de las modificaciones que puedan producirse sobre cuantos aspectos se han declarado originalmente en el momento de fechar la solicitud.



FORNOC

DE

CALIDAD

D. Asimismo, la consulta dental de que se trate, deberá disponer como mínimo de:

D.1. Un sistema de esterilización (*calor seco, calor húmedo u óxido de etileno*), debidamente homologado para uso en consulta médica o dental.

D.2. Un aparato de rayos X intraoral.

D.3. Una separación, con acceso independiente al de la consulta dental, de todo laboratorio de prótesis dental que pueda existir anexo a la misma, sin que en su interior tenga ningún tipo de comunicación entre ambos.

[No se considerará tal circunstancia el hecho de que, en una consulta dental, un Odontólogo o Estomatólogo disponga de una dependencia para que él mismo realice aquellos procedimientos que son necesarios para su actividad profesional en un tratamiento del paciente en el campo protético u ortodóncico (batido de productos, positivado de impresiones, duplicado de modelos, montajes en articulador, encerados, etc.).

E. En relación con el cumplimiento de esta normativa a la que, por deseo voluntario, puede acogerse cualquier COLEGIADO, éste deberá conocer lo siguiente:

E.1. Si la *consulta dental* donde realiza su ejercicio profesional cumple los requisitos exigidos en los diversos apartados del punto **A.** y **D.** y *él mismo* los indicados en los puntos **B.** y **C.**, recibirá una certificación de Control de Calidad de la consulta dental donde realice su ejercicio profesional acreditativa de tal circunstancia, mediante una placa identificativa de un tamaño máximo de cms. de ancho por cms. de alto.



FORNOC
DE
CALIDAD

- E.2.** En dicha **placa** figurará: **a)** en su parte superior derecha, el **Escudo del COLEGIO**; **b)** en su parte superior izquierda, un **Logotipo** cuya imagen identificará el **Control de Calidad**; **c)** en su parte inferior, un **número de Control de Calidad**, que se corresponderá con el que, como **COLEGIADO**, en su día le asignó el **COLEGIO**; **d)** en su parte central su nombre y titulación; **e)** Dirección de la consulta.
- E.3.** La **placa identificativa**, que confeccionará el **COLEGIO**, será propiedad de éste dado que tanto el **Escudo** como el **Logotipo** han sido registrados, por lo que ningún **COLEGIADO** puede hacer uso particular de los mismos sin la autorización de aquél;
- E.4.** La **placa identificativa** se entregará, al **COLEGIADO**, **en depósito, previo abono de la cantidad económica que como fianza la Junta de Gobierno acuerde**, placa que podrá serle retirada ante el incumplimiento de cualquiera de los requisitos de esta normativa, en cuyo supuesto se le reintegrará el importe de dicha fianza.
- E.5.** Para recibir la **certificación de Control de Calidad**, se deberá rellenar y firmar un impreso de solicitud que, entregado por el **COLEGIO** al **COLEGIADO**, éste deberá devolver con la acreditación del cumplimiento de cuantos requisitos son necesarios, y comprometiéndose a aceptar la normativa por la que se regula el mismo.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE CONSULTA DENTAL

D. / Dña. _____

Colegiado en el **Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Málaga** con el número..... y con consulta dental en la localidad de _____, en la calle _____ nº _____, teléfono _____.

EXPONE

Que siendo conocedor de la normativa dictada por el **Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Málaga** (en adelante **COLEGIO**) por la que se regirá el **CONTROL DE CALIDAD de las consultas dentales de la provincia de Málaga**, y al que voluntariamente podrá adherirse cualquiera de sus **colegiados** o **habilitados** que desee recibir del **COLEGIO** la **certificación de Control de Calidad de la consulta dental donde realice su ejercicio profesional**, manifiesto lo siguiente señalando con una cruz en la casilla correspondiente lo que procede :

1. En relación con el contenido del apartado A. de la normativa:

A.1. Sobre la autorización de instalación y funcionamiento de la consulta dental de que se trate:



Que **SIENDO PROPIETARIO o SOCIO PROFESIONAL (se hará otro formulario para este caso) DE LA CONSULTA DENTAL DONDE REALIZO MI EJERCICIO PROFESIONAL**, certifico que la misma:

Ha recibido **la autorización de instalación y funcionamiento** solicitada ante la **Delegación Provincial de la Consejería de Salud en Málaga** copia compulsada de tal hecho.

A.2. Sobre el Número de Registro de Instalaciones de Rayos X :



Que certifico que la Consulta:

Ha recibido **el Número de Registro de la instalación de Rayos X**, adjuntando fotocopia compulsada del documento donde se acredita tal hecho.

No ha recibido **el Número de Registro de la instalación de Rayos X**, pero adjunto fotocopia compulsada del certificado expedido por la **Delegación Provincial de Industria en Málaga** de que la documentación exigida está presentada ante dicho organismo y pendiente de que el mismo asigne dicho **número**.



Que **en LA CONSULTA DENTAL DONDE REALIZO MI EJERCICIO PROFESIONAL, DECLARO** que no existe **instalación de Rayos X**.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE CONSULTA DENTAL

A.3. Sobre el contrato de prestación del servicio de recogida y gestión de Residuos Biosanitarios y/o tóxicos y peligrosos generados en la consulta dental:

❖ Que certifico que para la misma:

- Tengo contratado el servicio de recogida y gestión de Residuos Biosanitarios y/o tóxicos y peligrosos, que he gestionado y entregando en el **COLEGIO** fotocopias compulsadas tanto del contrato que con la empresa que me presta este servicio he firmado, como último recibo de pago del mismo, obligándome a remitir al **COLEGIO**, dentro del mes de enero de cada año, fotocopia compulsada de haber actualizado para el año de que se trate dicho servicio.

A.4. Sobre el certificado de haber realizado la revisión anual de la instalación de los aparatos de radiodiagnóstico de la consulta dental, que ha debido ser realizada por una Unidad Técnica de Protección Radiológica [**U.T.P.R.**]:

❖ Que:

- Aporto fotocopia compulsada del certificado de haber realizado la última revisión anual de la instalación de los aparatos de radiodiagnóstico de la consulta dental, que ha llevado a cabo la **U.T.P.R.** _____, obligándome a remitir al **COLEGIO**, dentro del primer trimestre de cada año, fotocopia compulsada del certificado de la revisión de cada año sucesivo.

A.5. Sobre el nombre de los colaboradores y personal auxiliar de la consulta dental:

❖ Que certifico que de la misma:

- El/los nombre/s del/de los Colaborador/es es/son:

1. _____

Titulación: _____

2. _____

Titulación: _____

3. _____

Titulación: _____

O El/los nombre/s del **personal auxiliar** es/son:

1. _____

Titulación/Cualificación: _____

2. _____

Titulación/Cualificación: _____

3. _____

Titulación/Cualificación: _____

4. _____

Titulación/Cualificación: _____

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE CONSULTA DENTAL

O El/los nombre/s del **personal auxiliar** es/son:

1. _____

Titulación/Cualificación: _____

2. _____

Titulación/Cualificación: _____

3. _____

Titulación/Cualificación: _____

4. _____

Titulación/Cualificación: _____

5. _____

Titulación/Cualificación: _____

6. _____

Titulación/Cualificación: _____

A.6. Sobre la realización de inspección de la consulta dental por una Comisión de Inspección del COLEGIO.



Que declaro que:

O Autorizo a que, en cualquier momento y sin previo aviso, una **Comisión de Inspección** nombrada por la Junta de Gobierno del **COLEGIO**, realice visita de inspección a mi consulta dental.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE CONSULTA DENTAL

2. En relación con el contenido del apartado B. de la normativa:

B.1. Sobre la certificación que acredita que tengo contratado a mi nombre un Seguro de Responsabilidad Civil para el año en curso:



Que certifico que:

O Tengo contratado, de forma particular, con la Compañía de Seguros _____ un **Seguro de Responsabilidad Civil** cuyo número es _____ y su cuantía de _____ euros, en donde se recoge que ***la tenencia del (los) aparato (s) de rayos X existentes en dicha consulta está asegurada***, aportando fotocopia compulsada del mismo, obligándome a remitir al **COLEGIO**, dentro del mes de enero de cada año, fotocopia compulsada del documento que acredite su actualización (*póliza, recibo de abono y certificado de la Compañía*).

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE CONSULTA DENTAL

B.2. Sobre el certificado de haber superado el Curso de Director de Instalación de Radiodiagnóstico Dental, que me acredita para dirigir instalaciones de rayos X con fines diagnósticos, certifico que:

He realizado y superado el Curso de Director de Instalación de Radiodiagnóstico Dental en un curso que realicé en _____, adjuntando fotocopia compulsada del certificado acreditativo de dicha titulación.

3. En relación con el contenido del apartado C. de la normativa:

C.1. Sobre los días y horas de la semana que la consulta dental estará abierta para atender pacientes:



Que certifico que la misma está abierta para atender pacientes los **días** y **horas** de la semana que a continuación indico:

	<u>Días</u>		<u>Horas mañana</u>		<u>Horas tarde</u>
<input type="checkbox"/>	Lunes	: de	___ a ___	y de	___ a ___
<input type="checkbox"/>	Martes	: de	___ a ___	y de	___ a ___
<input type="checkbox"/>	Miércoles	: de	___ a ___	y de	___ a ___
<input type="checkbox"/>	Jueves	: de	___ a ___	y de	___ a ___
<input type="checkbox"/>	Viernes	: de	___ a ___	y de	___ a ___
<input type="checkbox"/>	Sábado	: de	___ a ___	y de	___ a ___

Que mi ejercicio profesional lo realizo **[C.2.]**:

- como **Director Técnico** de la misma;
- con los colegiados o habilitados que en la misma como colaboradores, a continuación relaciono:

_____ [DT] [CL]
_____ [DT] [CL]
_____ [DT] [CL]

- C.4.** Acepto someterme al dictamen de la Comisión Deontológica del **COLEGIO**, en el supuesto de que exista una denuncia por cualquier problema surgido a causa de un tratamiento, siempre y cuando, si una vez estudiado el caso por los miembros de dicha Comisión, es admitido por éstos como materia de su competencia para dictar resolución.
- C.6.** *Me comprometo a dar conocimiento*, bien dentro del plazo indicado en alguno de los contenidos de determinados artículos de la normativa o bien de manera inmediata, de las modificaciones que puedan producirse sobre cuantos aspectos se han declarado originalmente en el momento de fechar la solicitud, aunque la consulta dental en donde realizo mi trabajo profesional no sea de mi propiedad.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE CONSULTA DENTAL

4. En relación con el contenido del apartado D. de la normativa:



Que certifico que la misma:

D.1. Posee un **Sistema de esterilización** (*calor seco, calor húmedo u óxido de etileno*) debidamente homologado para uso en consulta dental, consistiendo el mismo en:

Sistema _____

Marca _____ Modelo _____

D.2. Posee un **aparato de rayos X intraoral** cuya marca y modelo es:

Marca _____ Modelo _____

D.3. θ No tiene anexo ningún laboratorio de prótesis dental.

θ Sí tiene anexo un laboratorio de prótesis dental, cuyo **director técnico** es D./Dña. _____

Entre la consulta dental y el laboratorio existe una separación bien delimitada, con acceso independiente de entrada a los mismos y sin que en su interior tengan ningún tipo de comunicación entre ambos.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE CONSULTA DENTAL

5. En relación con el contenido del apartado E., de la normativa conozco y acepto:

- E.1.** Que el cumplimiento de la normativa sobre la que se acreditará por parte del **COLEGIO** la **certificación de Control de Calidad de la consulta dental**, se realizará mediante una **placa identificativa**;
- E.2.** Que en dicha **placa identificativa** figurará: **a)** en su parte superior derecha, el **Escudo del COLEGIO**; **b)** en su parte superior izquierda, un **Logotipo** cuya imagen identificará el **Control de Calidad**; **c)** en su parte inferior, un **número de Control de Calidad**, que se corresponderá con el que como **COLEGIADO** o **HABILITADO**, en su día me asignó el **COLEGIO**; **d)** en su parte central mi nombre y titulación; **e)** **Dirección de la Consulta**.
- E.3.** Que la **placa identificativa**, que será confeccionada por el **COLEGIO**, es propiedad de éste dado que por él ha sido registrado tanto el **Escudo** como el **Logotipo**, no pudiendo hacer uso particular de los mismos; y
- E.4.** Que la **placa identificativa** me la entrega el **COLEGIO** y la acepto **en depósito, previo abono de la cantidad económica que como fianza la Junta de Gobierno acuerde**, pudiendo serme retirada la misma en el supuesto de falsedad en los datos que he notificado o ante un posterior incumplimiento por mi parte de cualquiera de los requisitos de esta normativa, en cuyo caso **me obligaré a devolver dicha placa al COLEGIO** y reintegrándome el importe de dicha fianza.

Y en prueba de conformidad y aceptación de la normativa por la que se rige el **CONTROL DE CALIDAD de las consultas dentales**, me adhiero voluntariamente a la misma, firmando el presente documento como prueba de mi compromiso en tal sentido.

En la ciudad de **Málaga** siendo el día _____ de _____ del año _____.

Firmado:

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE
CONSULTA DENTAL**

D./Dña. _____,
natural de _____, provincia de _____, de _____
edad, con **N.I.F.** _____, de profesión _____,
como propietario de la **CONSULTA DENTAL** sita en la localidad de
_____, calle _____
nº _____, piso _____, letra _____, escalera _____, teléfono _____ y con
nombre comercial _____,
al **Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Málaga.**

S O L I C I T A

Que deseando que la **CONSULTA DENTAL de la que soy propietario (o socio profesional)** reciba la **Certificación de Control de Calidad** [con la que el **Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Málaga me comprometo a aceptar y cumplir la normativa por la que se otorgará dicha Certificación.**

En base a ello:

1. De acuerdo con el contenido del **apartado A.** de la normativa y en concreto con los puntos **A.1., A.2., A.3., A.4. y A.5.**, aporto la siguiente documentación, en **fotocopia compulsada**, sobre mi consulta dental:

- Autorización administrativa de instalación y funcionamiento,*** concedida por la **Delegación Provincial del SAS en Málaga;**
- número de Registro especial de la Instalación de Rayos X de los aparatos de radiodiagnóstico existentes,*** concedida por la **Delegación Provincial de Industria en Málaga;**
- contrato de prestación del servicio de recogida y gestión de Residuos Biosanitarios y/o tóxicos y peligrosos;***
- certificado de haber realizado la inspección anual de la instalación del(los) aparato(s) de radiodiagnóstico,*** realizada por una Unidad Técnica de Protección Radiológica; y
- seguro de responsabilidad civil,*** donde se recoge que la ***tenencia del(los) aparato(s) de Rayos X está asegurada.***

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE CONSULTA DENTAL

2. De acuerdo con el contenido del **apartado A.** de la normativa, y en concreto con el punto **A.6.**, declaro que el(los) nombre(s) del(los) **DENTISTA(S)** que realizan su actividad profesional en mi consulta dental es(son):

2.1. Nombre: _____;

en calidad de: **Director Técnico** **Colaborador** ;
realizando su actividad profesional los siguientes **días** y **horas** :

<u>Días</u>	<u>Horas mañana</u>	<u>Horas tarde</u>
<input type="checkbox"/> <i>Lunes</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Martes</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Miércoles</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Jueves</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Viernes</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Sábado</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		

2.2. Nombre: _____;

en calidad de: **Director Técnico** **Colaborador** ;
realizando su actividad profesional los siguientes **días** y **horas** :

<u>Días</u>	<u>Horas mañana</u>	<u>Horas tarde</u>
<input type="checkbox"/> <i>Lunes</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Martes</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Miércoles</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Jueves</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Viernes</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Sábado</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		

2.3. Nombre: _____;

en calidad de: **Director Técnico** **Colaborador** ;
realizando su actividad profesional los siguientes **días** y **horas** :

<u>Días</u>	<u>Horas mañana</u>	<u>Horas tarde</u>
<input type="checkbox"/> <i>Lunes</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Martes</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Miércoles</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Jueves</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Viernes</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		
<input type="checkbox"/> <i>Sábado</i> : de ___ a ___ y de ___ a ___		

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE CONSULTA DENTAL

Declaro, asimismo, que el(los) nombre(s) del(los) **personal auxiliar** que realizan su actividad profesional en mi consulta dental es (son):

1. _____

Titulación/Cualificación: _____

2. _____

Titulación/Cualificación: _____

3. _____

Titulación/Cualificación: _____

4. _____

Titulación/Cualificación: _____

5. _____

Titulación/Cualificación: _____

2. De acuerdo con el contenido del **apartado A.** de la normativa, y en concreto con el punto **A.7.**, autorizo a que mi consulta dental, en cualquier momento y sin previo aviso, pueda ser inspeccionada, por una **Comisión de Inspección del COLEGIO.**

3. De acuerdo con el contenido del **apartado D.** de la normativa, declaro que mi consulta dental:

D.1. Posee un **Sistema de esterilización** (calor seco, calor húmedo u óxido de etileno), debidamente homologado para uso en consulta dental, consistiendo el mismo en:

Sistema _____

Marca _____ Modelo _____

D.2. Posee un **aparato de rayos X intraoral** cuya marca y modelo es:

Marca _____ Modelo _____

D.3. No tiene anexo ningún laboratorio de prótesis dental.

Sí tiene anexo un laboratorio de prótesis dental, cuyo director técnico es D./Dña. _____.

Entre la consulta dental y el laboratorio existe una separación bien delimitada, con acceso independiente de entrada a los mismos y sin que en su interior tengan ningún tipo de comunicación entre ambos.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE CONTROL DE CALIDAD DE CONSULTA DENTAL

5. Que soy conocedor de que la **Certificación de Control de Calidad** de mi consulta dental la condiciona, asimismo y entre otros, lo siguiente:
 - 5.1. Que el responsable de la misma sea un **Director Técnico**, es decir un **Dentista**, colegiado en el **COLEGIO**;
 - 5.2. Que dicha **Certificación de Control de Calidad** de mi consulta dental *la recibo a través del Dentista que como Director Técnico está al frente de la misma*, por lo que es a éste a quien el **COLEGIO** responsabilizará del cumplimiento, en todo momento, de esta normativa;
 - 5.3. Que la **Certificación de Control de Calidad** de mi consulta dental se acreditará a través de una **placa identificativa**, en la que figurará, como **número de control de calidad**, el número de colegiado, del **Director Técnico** de la misma, que en su momento le asignó el **COLEGIO**.
 - 5.4. Que el **Director Técnico** de mi consulta dental será quien recibirá la **placa identificativa**, que el **COLEGIO**, propietario de la misma, *le entregará en depósito, previo abono de la cantidad económica que como fianza la Junta de Gobierno acuerde*; y
 - 5.5. Que dado que el **colegiado**, como **Director Técnico** de la consulta dental en la que realiza su ejercicio profesional, es el único responsable de todo lo que suceda en la misma, estará obligado a devolver al **COLEGIO** dicha **placa identificativa**, ante el incumplimiento de cualquiera de los requisitos de esta normativa, en cuyo caso me obligo a no impedir su devolución, aunque la misma esté colocada en un lugar de mi propiedad.