



Pasillo de Atocha 3-1º Izd. - 29005 Málaga
Apartado de Correos 535 - 29080 Málaga
Teléf. 952 06 00 24 – Fax 952 21 11 09
www.coema.org – secretaria@coema.org
info@coema.org-oficina@coema.org

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Nombre:.....Apellidos:.....
Fecha nacimiento:.....Localidad:.....Provincia:.....
País:..... Nacionalidad:.....
DNI. o pasaporte:.....Fecha expedición:.....
NIE:..... Fecha expedición:..... Permiso de Residencia:.....
Tipo de permiso:..... Lugar y fecha del permiso:.....
..... Fecha caducidad:.....
Domicilio a efectos de notificaciones:.....
Localidad:..... Código Postal:..... Teléfono:.....
Móvil:..... Fax:..... Email:.....
Titulación:.....Expedida por la Comunidad Autónoma
de:..... Facultad de:.....
Universidad de:..... Fecha:..... Titulación Comunitaria de la
UE:..... Extracomunitario:..... Universidad de:.....
País:..... Homologación:.....
Fecha:..... Otros títulos que acredita.....
.....
Expedidos por:.....
Fechas:.....
Dedicación Preferente:.....
Grado de la Carrera Profesional (exclusivamente para profesionales que trabajan para el Servicio Público de Salud):.....
Situación profesional (no activo, desempleo, jubilado, activo):.....
Domicilio principal de la actividad profesional:.....
..... Localidad:..... Código Postal:.....
Teléfono:..... Fax:..... Móvil:..... email:.....
Actividad profesional por cuenta propia o ajena:.....
Alta en el Régimen de Autónomos o General de la Seguridad Social:.....
Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil con:..... Fecha.....
Trabaja para el Sector Público Sanitario:..... Administración:.....
Centro Sanitario:..... Lugar:.....
Fechas autorizaciones de instalación y funcionamiento:.....
Nombre y régimen jurídico si tiene constituida una sociedad:.....
.....
Nombre colegiado/a o sociedad y régimen jurídico de esta, si realiza la actividad por cuenta ajena:.....
.....
Domicilios y datos complementarios de otras clínicas:.....
.....
Días semanales de consulta:..... Horario:.....
Colegiado/a con anterioridad:..... nº:..... Colegio:.....
Colegiado/a actualmente:..... nº:..... Colegio:.....

El/la declarante **SOLICITA** su inscripción en el Colegio Oficial de Dentistas de Málaga, declarando ser ciertas las respuestas efectuadas, y comprometiéndose: a poner en conocimiento de esta Corporación cuantas variaciones se produzcan en un futuro. Igualmente juro o prometo, que conozco y acato los Estatutos del Colegio de Málaga (BOJA nº 244, de 16/12/2009), los Generales de la Profesión, el Código Deontológico vigente y el Código Regulador de la Publicidad, así como abonar las cuotas reglamentarias establecidas.

Málaga, a.....de.....de.....

Fdo:.....

SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO DE DENTISTAS DE MÁLAGA