



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 POR TRASLADO

Nombre _____ Apellidos _____
Fecha de nacimiento _____ Localidad _____ Provincia _____
País _____ Nacionalidad _____ DNI/NIE/pasaporte _____
Fecha de expedición _____ Fecha de caducidad _____ Domicilio a efectos de notificaciones
_____ Localidad _____ Provincia _____
Código Postal _____ Teléfono _____ Móvil _____ Fax _____
Email _____ Titulación _____ Expedida por la Comunidad
Autónoma de _____ Universidad _____
Fecha _____ Titulación Comunitaria de la UE _____
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 (activo, no activo, desempleado, jubilado) _____
Domicilio principal de la actividad Profesional _____
Localidad _____ Código Postal _____ Nombre de la Clínica _____
Teléfono _____ Email _____ Actividad 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 de autorizaciones de instalación y funcionamiento _____ Nombre y régimen jurídico
de esta, si realiza la actividad por cuenta ajena _____
Domicilio y datos complementarios de otras clínicas _____
Días semanales de consulta _____ Horario _____
Colegiado/a con anterioridad en el Colegio _____ Nº de colegiado/a _____
Colegiado/a actualmente en el Colegio _____ Nº de colegiado/a _____

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 Regulator de la Publicidad, así como abonar las cuotas reglamentarias establecidas.

Con la firma de la presente solicitud doy mi consentimiento expreso para que la oficina Administrativa del Colegio de Dentistas de Málaga pueda acceder a la información que consta en el Registro Nacional de Títulos Universitarios del Ministerio de Educación a efectos de verificar la titulación Oficial o la cualificación profesional del solicitante y la información suministrada, todo ello con pleno respeto a la legislación sobre protección de datos de carácter personal.

Málaga, a _____ de _____ de _____

Fdo:

SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO DE DENTISTAS DE MÁLAGA