

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA SOLICITAR LA COLEGIACION

- 1) **Diploma original y fotocopia del mismo** o en su defecto **Certificación supletoria provisional** que deberá incorporar el número de Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales, debidamente firmada por el Rector de la Universidad junto con el **Certificado de Notas**. Caso de presentación por vía telemática remitir a la secretaría del Colegio copia compulsada del mismo.
- 2) **Original y fotocopia de la Credencial del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte**, reconociendo que el interesado reúne las condiciones de formación requeridas (HOMOLOGACIÓN, EN CASO DE QUE EL TÍTULO SEA EXTRANJERO). Caso de presentación por vía telemática remitir a la secretaría del Colegio copia compulsada del mismo.
- 3) **4 Fotografías** (tamaño carné a color e iguales).
- 4) En caso de haber ejercido como dentista anteriormente, se aportará un **Certificado expedido por la autoridad competente (Colegio Profesional, Asociación Profesional o Institución)** del último país en el que se haya ejercido, en el que se acredite el haber levantado las cargas anejas, haber cumplido correctamente con la ética y reglamentos profesionales, y no encontrarse inhabilitado o suspendido expresamente para el ejercicio de la profesión de dentista, a virtud de resolución judicial o corporativa firme.
Caso de presentación por vía telemática remitir a la secretaría del Colegio copia compulsada del mismo.
- 5) **Certificado de penales y certificado de delitos sexuales**, pudiéndose solicitar los mismo en La Gerencia Territorial del Ministerio de Justicia. Caso de presentación por vía telemática remitir a la secretaría del Colegio copia compulsada de los mismos.
- 6) **Justificante de ingreso bancario de la Tasa de Gestión Administrativa** (150€). Consultar IBAN Cuenta Bancaria en el Colegio, tfno. 927 241 060.
- 7) **Seguro de Responsabilidad Civil Profesional:**
El Colegio le facilitará la documentación para adherirse a la póliza de RCP colectiva, documento que también encontrará en la página web del Colegio, www.dentistasextremadura.es.
Se informa al colegiado de la obligatoriedad del mismo para el ejercicio de la profesión.
- 8) Los odontólogos extranjeros de habla no española deben aportar para colegiarse el **certificado de nivel B2 del Instituto Cervantes**.
- 9) El graduado/a o (licenciado/a en su caso) rellenará debidamente y firmará la **solicitud de Colegiación**. Todas las cuotas colegiales se gestionan mediante domiciliación bancaria
- 10) **Original y fotocopia del DNI**. Caso de presentación por vía telemática remitir a la secretaría del Colegio copia compulsada del mismo.

Comunitarios: Certificado del N.I.E. (Documento emitido por la dirección General de la Policía) o en su defecto original y fotocopia de la **Tarjeta del N.I.E.** Caso de presentación por vía telemática remitir a la secretaría del Colegio copia compulsada del mismo.

No Comunitarios: Original y fotocopia del pasaporte. Caso de presentación por vía telemática remitir a la secretaría del Colegio copia compulsada del mismo. **Original y fotocopia de la Tarjeta de Residencia y Trabajo en Vigor.** Caso de presentación por vía telemática remitir a la secretaría del Colegio copia compulsada del mismo.

- ✓ LAS FOTOCOPIAS SE COMPULSARÁN EN LA SECRETARÍA DEL COLEGIO
- ✓ TODOS LOS DOCUMENTOS PRESENTADOS TENDRÁN UNA ANTIGÜEDAD INFERIOR A TRES MESES
- ✓ DE TODOS LOS DOCUMENTOS QUE NO CONSTEN EN CASTELLANO O IDIOMA OFICIAL AUTÓNOMO, DEBERÁ APORTAR, JUNTO AL MISMO, UNA TRADUCCIÓN REALIZADA POR UN TRADUCTOR JURADO.

foto

COLEGIADO NÚMERO:

Fecha:

(Espacio reservado para la Administración Colegial)

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Don/Doña:.....

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

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

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

Localidad:.....provincia:.....C.P.....Teléfono.....

Teléfono Móvil..... **Correo electrónico**.....

TITULACIÓN ACADÉMICA

Título:Universidad:.....Fecha:.....

Título:Universidad:.....Fecha:.....

Homologación al título de*:

*En caso de título expedido por una Universidad extranjera

OTROS TÍTULOS QUE EXHIBE

Título:Universidad:.....Fecha:.....

Título:Universidad:.....Fecha:.....

DOMICILIO PROFESIONAL

Marque con una X lo que proceda:

☐ Entidades Oficiales

☐ Consulta propia establecida en:

Colabora con:

☐ Consultas Privadas

Nombre de la clínica:.....

Dirección:.....

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

Tfno.:.....**Fax:**.....

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 Dentistas de Extremadura**.

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.

Cáceres, a de de

.....

FIRMA,

(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.....

V.ºB.º
El Presidente,

Secretario,

D./D^a. _____

DECLARA

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 _____.

Fdo.:.....

INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos recabados a través de los formularios de recogida de datos del Portal serán tratados por COLEGIO DE DENTISTAS DE EXTREMADURA de conformidad con lo dispuesto en el REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS.

Dichos datos serán incorporados a los ficheros correspondientes de COLEGIO DE DENTISTAS DE EXTREMADURA y se tratarán de manera lícita, leal y transparente en relación con el interesado.

Los datos recogidos por COLEGIO DE DENTISTAS DE EXTREMADURA se utilizarán con la finalidad de garantizar el cumplimiento de sus fines y de cuantas funciones le sean propias, conforme a lo establecido en la Ley 11/2002, de 12 de diciembre, de Colegios y de Consejos de Colegios Profesionales de Extremadura, y en los Estatutos vigentes del Colegio y no serán tratados de manera incompatible con dichos fines.

Se tratarán únicamente los datos que sean adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario en relación con los fines para los que son tratados. Los datos serán conservados únicamente durante el tiempo necesario para los fines del tratamiento, cabiendo citar los siguientes:

- La ordenación del ejercicio de la correspondiente actividad profesional en el ámbito territorial de su competencia, y en todas sus formas y especialidades, la representación exclusiva de esta profesión y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados, todo ello sin perjuicio de la competencia de la Administración Pública por razón de la relación funcionarial, ni de las representaciones sindicales en el ámbito específico de sus funciones.
- Vigilar el ejercicio de la actividad profesional y su adecuación a los intereses públicos y a la ética profesional.
- Velar la ética y la dignidad profesional, así como cumplir las normas del Código Deontológico de la profesión con carácter obligatorio.

Asimismo, el COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE EXTREMADURA le informa que sus datos serán cedidos en todos aquellos casos en que sea necesario para el desarrollo, cumplimiento y control de la relación con nuestra entidad y para el cumplimiento de sus fines y de cuantas funciones le sean propias.

El colegiado tiene derecho a obtener confirmación sobre si en COLEGIO DE DENTISTAS DE EXTREMADURA estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.

Los usuarios tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.

En determinadas circunstancias, los usuarios podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. En ese supuesto COLEGIO DE DENTISTAS DE EXTREMADURA dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

Para el ejercicio de sus derechos el titular de los datos deberá enviar un correo electrónico a la dirección colegio@dentistasextremadura.es concretando su solicitud que deberá contener los siguientes datos: nombre y apellidos del usuario, domicilio a efectos de notificaciones, copia del Documento Nacional de Identidad o Pasaporte, y petición en que se concreta la solicitud. En el caso de representación, deberá probarse la misma mediante documento fehaciente.

- ☐ El colegiado autoriza expresamente, **a través de la marcación de esta casilla**, para consultar su título universitario en el Registro nacional correspondiente con fines de verificación de sus estudios de acceso a la profesión.
- ☐ El colegiado autoriza expresamente, **a través de la marcación de esta casilla**, para la recepción de comunicaciones del COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE EXTREMADURA con información de interés en general y sobre el ejercicio de la profesión y organización colegial en particular, únicamente a través de correo electrónico a mi cuenta facilitada en la solicitud de colegiación.
- ☐ El colegiado autoriza expresamente, **a través de la marcación de esta casilla**, para la recepción de comunicaciones comerciales y de cortesía relacionadas con las entidades colaboradoras del COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE EXTREMADURA, a través del teléfono, correo postal ordinario, fax, correo electrónico o medios de comunicación electrónica equivalentes.
- ☐ El colegiado acepta expresamente, **a través de la marcación de esta casilla, figurar** en la lista de personas pertenecientes al COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE EXTREMADURA.

Firma del interesado:

D. /Dña.

DNI [Avda. Virgen de la Montaña, 28 – entreplanta - 10002 Cáceres](#)

Tel/Fax: 927 24 10 60 Mail: colegio@dentistasextremadura.es