



SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

A LA PRESIDENCIA DEL COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS
DE ÁLAVA

DON/DOÑA

.....Estomatólogo/
Licenciado en Odontología, con domicilio profesional/personal en,
calle.....nº.....piso
..... y provisto de DNI nº

EXPONE

Que desea ejercer la profesión de dentista, en este territorio Histórico de Álava, hallándose en posesión del Título correspondiente, que registra, declara como veraz lo siguiente:

- 1.- Que sus circunstancias personales y condiciones de ejercicio profesional son las expresadas en el cuestionario adjunto, obligándose a notificar por escrito al Colegio cualquier modificación que al respecto pudiera producirse.
- 2.- Que no se encuentra en situación de incapacitación o inhabilitación para el ejercicio profesional
- 3.- Que conoce y acepta la cuota de ingreso determinada por el Colegio, así como las cuotas colegiales ordinarias y extraordinarias establecidas o que se impongan en lo sucesivo, sometiéndose de un modo expreso y voluntario a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales de Vitoria-Gasteiz
- 4.- Que acepta expresamente las competencias de ordenación, control deontológico y potestad disciplinaria, conociendo los Estatutos de este Colegio y Consejo Vasco de Dentistas.

SOLICITA

Que teniendo por presentado este escrito con la documentación que se acompaña sea admitido como colegiado en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Álava, en cumplimiento de lo dispuesto en las disposiciones legales vigentes.

ANEXO ESPECÍFICO

El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Álava solicita su autorización para acceder al Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales con el fin de poder verificar que la titulación presentada para su colegiación es correcta.

Marque la casilla si no autoriza el acceso a su titulación

.....a _____ de _____ de _____

Firma

DILIGENCIA: Admitido en la sesión del día

Número de Colegiado asignado



Sr./a. D./ña.

Marcando las siguientes casillas, doy mi autorización al **COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE ALAVA**, para la comunicación de mis datos a entidades aseguradoras para la suscripción a la póliza de Responsabilidad Civil Profesional; para que pueda remitirme felicitaciones navideñas, y por parte del Colegio y de otras entidades con las que tenga relación en función de su objeto social o con las que establezca acuerdos de colaboración, para que me remitan información sobre sus diferentes actividades, conferencias, cursos, congresos o convenios que puedan ser de interés:

Entidades aseguradoras: **SI** **NO** Felicitaciones navideñas: **SI** **NO** Información de actividades, conferencias, cursos o congresos del Colegio: **SI** **NO** Información de otras entidades distintas del Colegio: **SI** **NO**

Del mismo modo marcando las siguientes casillas, **CONSIENTO** de forma expresa al **COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE ALAVA**, para que fotografías en las que aparezca con motivo de eventos organizados por el Colegio puedan ser publicadas como instrumento de divulgación en:

Revista/trípticos: **SI** **NO** Página web: **SI** **NO** Redes sociales: **SI** **NO**

Asimismo, **CONSIENTO** de forma expresa que el **COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE ALAVA**, incluya mi nº de teléfono móvil _____ en listas de difusión de Whatsapp, para recibir información relacionada con las actividades del Colegio y de sus órganos de gobierno, como canal informativo colegial: **SI** consiento **NO** consiento

Para recibir éstas comunicaciones **debo incluir el nº del Colegio (747401138) en mi lista de contactos.**

El resto de usuarios incluidos en la lista de difusión no tendrá acceso a mis datos, ni yo tendré acceso a los datos de los demás. En el caso de responder a alguno de los mensajes emitidos por el Colegio, sólo éste verá mis respuestas a través de conversación directa con el Colegio.

Por la presente, **CONSIENTO Y AUTORIZO EXPRESAMENTE** al **COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE ALAVA** al tratamiento de mis datos conforme a los párrafos anteriores,

FDO.

COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS

Y ESTOMATÓLOGOS DE ÁLAVA

..... a _____ de _____ de _____

Información básica sobre Protección de Datos

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

Responsable	COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE ALAVA
Finalidad	Cumplir con los fines asignados a los Colegios Profesionales, cobro de las cuotas colegiales y envío de comunicados.
Legitimación	Cumplimiento de obligación legal: Ley 2/1974, de 13 de febrero de Colegios Profesionales; consentimiento del interesado e interés legítimo.
Destinatarios	Se tiene previsto realizar cesiones al Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, a entidades bancarias para la gestión de cobro de cuotas y a la entidad aseguradora para la póliza de Responsabilidad Civil Profesional.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos Personales en la siguiente página.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCION DE DATOS

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos?

Identidad: COLEGIO OFICIAL DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE ALAVA –CIF: Q5155005A

Dirección postal: PORTAL DE GAMARRA, 1 OFICINA 306, 01013 - VITORIA (ÁLAVA)

Teléfono: 945 26 28 55 . Correo electrónico: coalava@infomed.es

Delegado de protección de datos: SRCL Consenur, S.L.U.

Contacto DPD: delegadopd@stericycle.com

¿Con qué finalidad tratamos sus datos personales?

Tratamos la información que nos facilitan los colegiados con el fin de llevar a cabo la gestión de las funciones públicas, legal y estatutariamente previstas derivadas de la colegiación como el control deontológico, la tramitación y resolución de quejas, reclamaciones y denuncias, la aplicación del régimen disciplinario e inhabilitaciones, la gestión histórica y estadística, la comunicación para actividades públicas con el colegiado, la elaboración del censo de colegiados y sociedades profesionales, la elaboración de listado de peritos judiciales, gestión de acciones formativas, gestión de cuotas colegiales, y todas aquellas previstas en la legislación vigente.

¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán de forma indefinida mientras el colegiado no hubiera solicitado su supresión, conservándose una copia, con los datos debidamente bloqueados, en caso de que puedan derivarse responsabilidades de la ejecución de los servicios prestados o que dicha conservación sea obligatoria en cumplimiento de cualquier norma, y a éstos solos efectos, incluyéndose, en su caso, el plazo de duración de las sanciones deontológicas o inhabilitantes de la profesión.

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

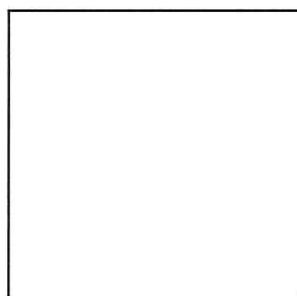
La base legal para el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal fundamentada en los términos y condiciones que constan en la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales, en la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, y en aquellas otras que puedan afectar a los Colegios y Consejos Profesionales. La oferta comercial de actividades, conferencias, cursos, congresos o convenios de su interés remitidos por el Colegio y por otras entidades con las que el Colegio mantiene acuerdos de colaboración, así como la información remitida a través de listas de difusión de Whatsapp como canal informativo colegial, está basada en el consentimiento solicitado, sin que en ningún caso la retirada de este consentimiento condicione la ejecución del servicio prestado. Asimismo las imágenes en las que aparezca con motivo de eventos organizados por el Colegio podrán ser publicadas como instrumento de divulgación en la Revista o en trípticos, en la página web del Colegio o en redes sociales, si previamente ha prestado su consentimiento para ello, sin que en ningún caso la retirada de este consentimiento condicione la prestación de los servicios a colegiados.

¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

Los datos relativos a nombre, título, profesión, actividad, grado académico, dirección profesional (domicilio postal, teléfono, fax y dirección electrónica), pertenencia al Colegio y nº de colegiado, tienen la consideración de fuente accesible al público y serán facilitados a quien lo solicite, así como publicados en la lista de colegiados del Colegio y en su página web. Tiene derecho a solicitar que en la lista de colegiados se indique gratuitamente que los datos publicados no pueden utilizarse para fines de publicidad o prospección comercial. Los datos se comunicarán al Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de España, a entidades bancarias para la gestión de cobro de las cuotas colegiales y a entidades aseguradoras para la póliza de Responsabilidad Civil Profesional. También puede ser necesaria la cesión de datos a servicios públicos responsables de la producción de estadísticas oficiales, a órganos jurisdiccionales, a abogados o gestorías jurídicas, a administraciones del Estado, a administraciones de las Comunidades Autónomas, a administraciones locales, a Instituciones de carácter público competentes para el ejercicio de competencias similares y a cuantas resulten obligatorias por la normativa vigente.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

El colegiado tiene derecho a obtener confirmación sobre si estamos tratando datos personales que le conciernen, o no. El colegiado tiene 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 motivaron su recogida. En determinadas circunstancias, el colegiado podrá 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, el colegiado podrá oponerse al tratamiento de sus datos, en cuyo caso, dejaremos de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones. Además de los derechos anteriores, el colegiado también tendrá el derecho de portabilidad, el derecho a retirar el consentimiento y el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control. El colegiado dispone de la información necesaria en www.agpd.es Podrá ejercitar materialmente sus derechos aportando copia de su DNI o documento oficial que le identifique, mediante el envío de un mail a coalava@infomed.es o por correo postal dirigiéndose a PORTAL DE GAMARRA, 1 OFICINA 306, 01013 - VITORIA (ÁLAVA).



(A cumplimentar por el Colegio)

 COLEGIADO N°: _____
 FECHA ALTA: _____

 EN EJERCICIO
 SIN EJERCICIO

EXPEDIENTE PERSONAL

DATOS PERSONALES

Nombre		Apellidos		
N.I.F.	Nacionalidad	Fecha nacimiento	Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	
Lugar de nacimiento		Domicilio particular en (Población)		
Calle		N°	Piso	C.P.
Teléfono particular	Teléfono móvil	Correo electrónico particular		

CIUDADANOS EXTRANJEROS

N.I.E./N° Pasaporte		Nacionalidad		
N° Permiso de Residencia	Fecha expedición	Fecha Caducidad		
N° Permiso de Trabajo	Fecha expedición	Fecha Caducidad		

TITULACIÓN PROFESIONAL

Título académico		Universidad		
País		Fecha expedición		
Homologado al título español de (I)	Número de resolución (I)	Fecha de resolución (I)		

(I) En el caso de titulación expedida por Universidad extranjera

OTROS TÍTULOS UNIVERSITARIOS

Título	Universidad	Fecha
Título	Universidad	Fecha

COLEGIADO ANTERIORMENTE

<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Colegio	Ejercicio en
--	---------	--------------

DIRECCIÓN PARA ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

Calle		N°	Piso
Población	C.P.	Provincia	

 a _____ de _____ de _____
 Firma



DECLARACIÓN CONDICIONES EJERCICIO PROFESIONAL
DIRECCIÓN PROFESIONAL

D/Dña. _____ colegiado/a nº _____

declaro que las condiciones de mi ejercicio profesional y dirección profesional son las indicadas en el cuestionario expresado a continuación, comprometiéndome a notificar por escrito al Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos Estomatólogos de Álava, de conformidad con sus Estatutos Particulares, las modificaciones que hubiera lugar.

Nombre o razón social de la clínica		Titular o propietario (nombre y apellidos)			
Responsable sanitario (nombre y apellidos)				Fecha inicio de la actividad	
Dirección		Población	Nº	Piso	C.P.
Teléfono	Fax	Correo electrónico		Página Web	
Ejercicio profesional: <input type="radio"/> Cuenta propia (propietario) <input type="radio"/> Cuenta propia (prestación de servicios). Persona o entidad contratante: <input type="radio"/> Cuenta ajena (contrato laboral) <input type="radio"/> Sociedad. Tipo de Sociedad:				Dedicación: <input type="radio"/> Especial <input type="radio"/> Exclusiva <small>(ortodoncia, periodoncia, implantología, odontopediatría, cirugía bucal, etc.)</small>	
Horarios de atención del colegiado (días de la semana y horario)			Entidades públicas o privadas para las que presta servicios <input type="radio"/> Área Sanitaria <input type="radio"/> Otras		
Autorización Consejería de Salud y Servicios Sanitarios: Fecha concesión: Nº Registro Fecha última renovación					
Presta servicios profesionales en otras direcciones: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO (en caso de respuesta afirmativa cubrir tantos impresos como direcciones profesionales)					

Y para que conste firmo la presente ena _____ de _____ de _____

Firma



AUTORIZACIÓN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

Vitoria-Gasteiz, a ____ de _____ de _____

Sr./a. D./ña. _____, con DNI _____

Autorizo al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Álava con CIF Q5155005A a domiciliar con cargo a la cuenta abajo indicada todos los recibos originados de la relación existente entre ambos.

Titular Cuenta				
Banco o Caja				
Dirección de la Sucursal				
Localidad			Provincia	
C.P.				
CODIGO CUENTA CORRIENTE				
IBAN	ENTIDAD		SUCURSAL	D.C.
NÚMERO C.C.				

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, AUTORIZO al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Álava a enviar instrucciones a mi entidad bancaria para el cobro de las cuotas y a la entidad bancaria del Colegio para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del mismo.

Fdo.: _____
Nombre y apellidos

Información básica sobre Protección de Datos	
En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales	
Responsable	Colegio Oficial de Odontólogos Y Estomatólogos de Álava
Finalidad	Cobro de las cuotas colegiales y/o servicios contratados con el Colegio.
Legitimación	Consentimiento del interesado y ejecución de la relación contractual entre las partes.
Destinatarios	Entidad bancaria con la que trabaje el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Álava.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos Personales en el documento "Información Adicional sobre Protección de Datos".



SOLICITUD DE ALTA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL

Vitoria-Gasteiz, ade.....de

D./Dña.

D.N.I. N° COLEGIADO:.....

DOMICILIO:

POBLACIÓN: PROVINCIA:.....

N° TELÉFONO: N° MÓVIL:

CORREO ELECTRÓNICO:

Informado de las condiciones de la Póliza del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional que el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Álava ha negociado con la Compañía de Seguros A.M.A., deseo inscribirme a ella, autorizando al Colegio a pasar a través del banco, el recibo correspondiente a las coberturas específicas.

Dar de alta a partir dede.....de 2.0.....

Capital asegurado.....

Conforme con dichas condiciones y aceptando el cobro del recibo, firmo la presente autorización.

Fdo. _____



D/DÑA. _____

ha presentado en este Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Álava, la documentación que se señala para tramitar su colegiación. En ningún caso la simple presentación de la misma da derecho a la colegiación. Esta se llevará a cabo por expresa resolución del colegio y comunicada por escrito al interesado. En cualquier momento la Junta de Gobierno podrá requerir la ampliación de la documentación, a fin de acreditar las circunstancias que dan derecho a la misma

- SOLICITUD DE COLEGIACIÓN
- COPIA AUTENTICADA DEL TÍTULO ACADÉMICO
- COPIA AUTENTICADA DEL PAGO DE LOS DERECHOS POR SOLICITUD DEL TÍTULO
- COPIA AUTENTICADA DEL OFICIO DE HOMOLOGACIÓN
- DECLARACIÓN DE CONDICIONES DE EJERCICIO PROFESIONAL
- COPIA AUTENTICADA DEL PASAPORTE
- COPIA DEL DNI o NIE
- COPIA AUTENTICADA DEL PERMISO DE TRABAJO Y RESIDENCIA
- CERTIFICADO DE PENALES
- CERTIFICADO NEGATIVO DE DELITOS DE NATURALEZA SEXUAL
- CERTIFICADO N.I.E.
- TARJETA N.I.E.
- SOLICITUD DE ALTA EN EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL O CERTIFICADO DE LA COMPAÑÍA SI YA LO TUVIESE CONTRATADO Y JUSTIFICANTE DE PAGO
- IMPRESO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA
- 1 FOTOGRAFÍAS
- DERECHOS ECONÓMICOS DE TRAMITACIÓN ADMINISTRATIVA DEL ALTA COLEGIAL
- CÓDIGO ALFA
- EXPEDIENTE PERSONAL
- _____

..... a _____ de _____ de _____

Fdo.: El Director Ejecutivo u Oficial del Colegio

Fdo.: El /La interesado/a

