



Nº DE COLEGIADO

SOLICITUD COLEGIACIÓN

(Todos los campos son de obligada cumplimentación)

1er. Apellido 2º. Apellido
Nombre con DNI, Pasaporte o NIE
Fecha de nacimiento Lugar de Nacimiento
Nacionalidad País Sexo: Hombre Mujer

DATOS PERSONALES

Dirección Nº Piso Puerta
C.P.: Población Provincia
Teléfonos de contacto Email

DATOS PROFESIONALES

Razón social o Laboratorio
Dirección , Nº Piso Puerta
C.P.: Población Provincia
Teléfono Laboratorio Email

En , a de de

Firmado

Nombre y Apellidos



¿Dónde desea que le sea remitida la información colegial? ⁽¹⁾

Domicilio personal Domicilio profesional

Marque con una X lo que proceda

Ejerciente ⁽²⁾ No Ejerciente

Contrato con Empresa Nómina Alta o modificación en el Censo de empresarios/IAE.

Titulado: Técnico Especialista en Prótesis Dental Técnico Superior en Prótesis Dental

Habilitación Profesional Convalidación / Homologación del título u Otros

NOTAS

1. Si no se indica ningún domicilio, se entenderá que el colegiado desea que se le remita la información al domicilio profesional.

2. Se consideran ejercientes los profesionales que realicen cualquier actividad o trabajo al amparo del título o habilitación de protésico dental sean trabajadores autónomos o por cuenta ajena, sin distinción de cargo o función.

3. Una vez cumplimentada esta solicitud y remitida, deberá enviar al Colegio la siguiente documentación:

1. Fotocopia compulsada del D.N.I. o pasaporte.

2. Fotocopia compulsada del título o habilitación profesional o de la convalidación/ homologación del título u otros.

3. Fotocopia compulsada de la nómina, contrato laboral o del alta en el Censo de empresarios o IAE.

4. Informe de Vida Laboral de la TGSS en caso de Solicitud de Alta como Colegiado No Ejerciente.

5. Autorización bancaria cumplimentada y firmada.

6. Recibo del pago de la cuota de inscripción.

7. Fotografía en formato digital.

A LA JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO OFICIAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTELLÓN Y VALENCIA

De conformidad con los Estatutos vigentes del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castellón y Valencia **SOLICITO** la incorporación como colegiado, declarando no estar incurso en causa de incapacidad o incompatibilidad para el ejercicio de la profesión, y manifiesto no ejercer función o empleo en la Administración Pública, aportando en su caso certificación de no incurrir en incompatibilidad.

Todos los datos que figuran en esta solicitud son verdaderos en la fecha de presentación de esta instancia.

En , a de de

Firmado

Nombre y Apellidos



AUTORIZACIÓN BANCARIA

En a de de

Banco

Domicilio

Población Provincia

IBAN Nº CCC (20 Dígitos)

BIC

Muy Sres. Míos:

Ruego a ustedes se sirvan tomar la debida nota a fin de que con cargo a mi cuenta abierta en este banco abonen mensualmente y hasta nueva orden, los recibos del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castellón y Valencia.

Atentamente,

En , a de de

Firmado

Nombre y Apellidos



REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO

TRATAMIENTO DE DATOS DE COLEGIADOS:

COLEGIO OFICIAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE CASTELLÓN Y VALENCIA

Cláusula informativa:

Tratamos la información que nos facilita para el cumplimiento de los fines y funciones previstos en la Ley 2/1974 sobre Colegios Profesionales y en los estatutos colegiales. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la colegiación (y/o la obligación legal de estar colegiado) y durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que sea necesario para el cumplimiento de los fines y funciones colegiales, o exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si estamos tratando correctamente sus datos facilitados, por tanto, tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios.

Asimismo, solicitamos su autorización para mantenerle informado sobre otros servicios, actividades colegiales y noticias de actualidad, y también para poder remitirle publicidad comercial en relación a la profesión, resultante de los diferentes convenios de colaboración suscritos (o que se suscriban) con ventajas para los colegiados por:

Correo electrónico:

SÍ

NO

En , a de de

Firmado

Nombre y Apellidos