



## REQUISITOS PREVIOS PARA SOLICITUD DE COLEGIACION

1. Nota personal con datos de: nombre y apellidos, domicilio actual, teléfono de contacto, \*domicilio de la futura consulta.
2. Fotocopia del D.N.I.
3. Certificado de empadronamiento y certificado de penales.
4. Original o Fotocopia compulsada del Título de Licenciado en Odontología o Estomatología. Y el de Medicina si lo posee.
5. Original o fotocopia compulsada si se trata de Título extranjero, escrito de Homologación o Convalidación, a efectos académicos y profesionales..
6. Original o fotocopia compulsada de la Certificación Oficial del expediente académico completo.
7. Certificado de Baja del Colegio donde hubiera podido estar colegiado anteriormente.
8. Tres fotografías recientes, tamaño carnet.
9. Número de cuenta.
10. Rellenar con letra clara, y firmar los tres modelos impresos colegiales que se adjuntarán en el momento que nos sea solicitado por Vd.

\*\*\*\*\*

Presentada esta documentación de carácter previo, deberán realizarse los trámites establecidos para la apertura de Clínica y para el ejercicio profesional como Odontólogo o Estomatólogo

Los requisitos 1\* y 3 no son exigibles en la Colegiación sin ejercicio profesional.

Colegiado con el número \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_\_



# Il<sup>tre</sup>. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra

## SOLICITUD DE COLEGIACION

DNI \_\_\_\_\_

Don \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_, nacido el día \_\_\_\_\_ de  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_, con clínica  
 establecida en \_\_\_\_\_, <sup>calle</sup> plaza de \_\_\_\_\_,  
 número \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_, título profesional de \_\_\_\_\_  
 expedido por \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Este  
 título se encuentra registrado por la Subinspección Provincial de Odontología y Estomatología de  
 la provincia de \_\_\_\_\_ al folio \_\_\_\_\_, con el número \_\_\_\_\_  
 del libro \_\_\_\_\_.

### Otros títulos que exhibe:

\_\_\_\_\_ expedido por \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ expedido por \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ expedido por \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### Entidades oficiales, nacionales, provinciales o municipales donde presta sus servicios:

\_\_\_\_\_ por oposición, concurso o designación.  
 \_\_\_\_\_ por oposición, concurso o designación.  
 \_\_\_\_\_ por oposición, concurso o designación.

Seguro de Enfermedad (si, no). Escala \_\_\_\_\_ Número de Escalafón \_\_\_\_\_

Destino \_\_\_\_\_

### Entidades particulares donde presta sus servicios:

\_\_\_\_\_ Señas \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Señas \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_

Cargos honoríficos social profesionales desempeñados:

.....(desempeñado en activo) desde..... a.....  
.....(desempeñado en activo) desde..... a.....  
.....(desempeñado en activo) desde..... a.....  
.....(desempeñado en activo) desde..... a.....

¿Tiene otras clínicas abiertas? (Si, no). ¿Donde? .....

¿Tiene laboratorio anejo a la clínica?..... (con, sin)..... protésicos.

Ejecuta la prótesis en el laboratorio de don.....  
.....señas.....

Días y horas de consulta, de..... a..... de la mañana y de..... a..... de la tarde.

¿Ha estado colegiado anteriormente? (Si, no). ¿En qué región? .....

Provincia .....

¿Está colegiado actualmente? (Si, no). ¿En qué región? .....

Provincia .....

SUPLICA se le inscriba en el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la 16.<sup>a</sup> Región

(con/sin) ejercicio.

Acatando por la firma de la presente <sup>todas</sup> las disposiciones que regulan la colegiación obligatoria, me obligo y comprometo a abonar las cuotas colegiales ordinarias o extraordinarias establecidas o que se impongan, así como los recibos del Colegio de Huérfanos de Odontólogos y Estomatólogos, cuyo pago de las cuotas ya establecidas o de las que se establezcan en lo sucesivo lo haré efectivo en el Colegio en el que solicito mi incorporación, 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.

..... a..... de..... de.....

La Junta de Gobierno en sesión celebrada el día..... de .....  
de....., a la vista de la presente solicitud, acordó .....

V.º B.º  
El Presidente,

El Secretario,



*Ilre. Colegio Oficial de Odontólogos  
Y Estomatólogos de Navarra*

**DECLARACIÓN JURADA**

D..... declaro que las condiciones de mi ejercicio profesional son las expresadas en el cuestionario al pie y me comprometo a notificar por escrito al Ilre. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra las modificaciones que pudiera hacer, así como ejercer la profesión con arreglo a la más pura Ética y dentro del espíritu que dimana de los estatutos Colegiales y del Código Ético y Deontológico.

Y para que conste, firmo la presente en ....., a .....de.....de.....

Apellidos ..... Nombre .....

Domicilio..... Teléfono .....

Títulos profesionales que poseo .....

Domicilio donde tengo instalada la clínica .....

Otros lugares de la población o poblaciones donde también ejerzo la profesión, con expresión del domicilio de la clínica, días de mi visita y horas de consulta .....

Los datos que figuran en este formulario serán incluidos en la base de datos de esta Corporación, que tiene por finalidad el cumplimiento de los fines asignados a los Colegios Profesionales por la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales, y su información será utilizada por las autoridades colegiales para dichos fines. De no facilitarse los datos recabados, puede no ser posible la incorporación al Colegio. De ellos, los datos relativos a nombre, título, profesión, actividad, grado académico, dirección e indicación de la pertenencia al Colegio serán publicados en la lista de colegiados y en la página Web del Colegio, que tiene carácter de fuente accesible al público, y será facilitados a quien lo solicite. El resto de los datos sólo serán publicados, tratados y cedidos con su consentimiento, o en los casos permitidos por la Ley. Le asiste el derecho a que la lista de colegiados indique gratuitamente que los datos publicados no pueden utilizarse para fines de publicidad o prospección comercial, así como al acceso y rectificación de los datos cuando sean inexactos, en los términos establecidos por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, derechos que podrá ejercitar en la Sede de esta Corporación, avenida Baja Navarra, 47, 31002 de Pamplona.



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS  
Y ESTOMATÓLOGOS DE NAVARRA

COENA

El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra pone en su conocimiento que dispone de un fichero automatizado con datos de carácter personal así como de un archivo documental general denominado **BASE DE DATOS GENERAL DE ADMINISTRACIÓN** del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra (B.D.G.A.C.O.N.).

La finalidad de su creación es la administración de la documentación referente a los colegiados inscritos en este Colegio Oficial.

Los destinatarios de la información son todos los departamentos en los que se organiza el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra, así como los estamentos oficiales públicos y privados que por ley o por necesidades inexcusables exijan la cesión.

Las respuestas a las preguntas planteadas en el presente formulario tienen carácter voluntario.

La negativa a facilitar los datos solicitados traerá como consecuencia la imposibilidad de ser asistido por nuestros servicios.

En todo caso, usted tiene derecho a ejercitar los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación en el ámbito reconocido por la Ley Orgánica 15/1.999 de 13 de diciembre.

El responsable del fichero es el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra. Para ejercitar los derechos arriba mencionados, y para cualquier aclaración, puede dirigirse por escrito remitido a la secretaria del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos.

Leído y conforme con los párrafos anteriores,

Por la presente, **AUTORIZO** al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra para que, en cumplimiento de los fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cesionario, trate mis datos de carácter personal en el ámbito de la institución, sus departamentos, entes colaboradores e instituciones anejas, así como la cesión a los estamentos oficiales públicos y privados oportunos para el desempeño de sus atribuciones, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 15/1.999 de 13 de diciembre.

**FDO.: EL COLEGIADO**

**Colegio Oficial de Odontólogos y**

**Estomatólogos de Navarra**

Nombre y Apellidos

