

MODELO SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Espacio reservado para la fotografía

Expediente/ficha de colegiación:

COLEGIADO/A Nº:

1. SOLICITUD DE COLEGIACIÓN:

APELLIDOS _____ NOMBRE _____
D.N.I./N.I.E. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DOMICILIO _____ NÚM. _____ PISO _____
POBLACIÓN _____ C.P. _____ PROVINCIA _____
TELÉFONO MÓVIL _____ FIJO _____
E-MAIL _____

EXPONE:

Que en virtud de lo dispuesto en los artículos 11 sobre el Derecho de Colegiación y el 15, de las Condiciones de admisión de Higienistas Dentales, por el que se aprueban los Estatutos del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Extremadura publicados en el DOE nº15 de 24 de Enero de 2012, el /la que se suscribe considera que cumple los requisitos de titulación y/o habilitación y presenta la documentación requerida, por lo que,

SOLICITA:

Se tenga por presentada, la presente solicitud con la documentación que se acompaña y sea admitida su incorporación al Colegio Profesional de Higienistas de Extremadura.

Espacio reservado para el registro de Entrega A cumplimentar por el CPHDExt	_____
	Firmado: (Nombre y Apellidos)
	En _____, de _____ de 20__

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

- Fotocopia compulsada del DNI _____
- Fotocopia compulsada del título profesional o certificado de habilitación profesional u homologación _____
- Dos fotografías tamaño carnet _____
- Ficha colegial debidamente cumplimentada _____
- Resguardo de ingreso de la cuota de inscripción * _____

Espacio a rellenar por el CPHDExt

ASIGNACIÓN DEL NÚMERO DE COLEGIADO/A:

La Junta de Gobierno, en el ejercicio de las competencias que le atribuye el artículo 19, de los Estatutos, en relación con la presente solicitud, adoptó el siguiente ACUERDO: Aprobar la colegiación, procediendo a asignarle el Nº _____ de colegiado/a.

2. DOMICILIACIÓN BANCARIA:

TITULAR DE LA CUENTA: _____

BANCO/ CAJA DE AHORROS: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____
ENTIDAD OFICINA D.C CUENTA

IBAN: _____ * Campo Obligatorio

A la Atención del Sr. Director de: _____

Por la presente, tengo a bien requerirle que, en lo sucesivo y hasta nueva orden expresa en sentido contrario, con cargo a la cuenta corriente referida de esta oficina de la que soy titular, abone los recibos que gire el COLEGIO PROFESIONAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE EXTREMADURA a mi nombre.

3. FICHA COLEGIAL:

DATOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL:

Titulación profesional o habilitación u homologación _____

Centro de Enseñanza _____ Fecha de Expedición _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Domicilio profesional _____

Localidad _____ Provincia _____

Fecha de inicio de la actividad profesional _____

4. NORMAS PARA CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO:

1. Solicitud de Colegiación:

- Se recogerán los datos de carácter particular en Avda. Dolores Ibarruri Nº 27, 1º B. 10.600 - Plasencia (Cáceres). Siempre mediante certificación postal.
- Todos los documentos adjuntos deberán estar debidamente compulsados por cualquier administración pública.

2. Nota:

* La cuota de alta colegial es 80,00€ y las cuotas semestrales de 55€ (Acordado en Asamblea General Ordinaria de 11 de Febrero de 2012).

*Las cuotas colegiales se abonan por semestres naturales, siendo pasadas al cobro entre día 1 y 10 de Enero y Julio, respectivamente.

A ingresar en la CCC de Liberbank S.A :

CUENTA: 2048 1223 12 3400026697
IBAN: ES49 2048 1223 1234 0002 6697

Atentamente, en _____ a _____ de _____ de 20

Firmado:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO DEL COLEGIADO

D/D^a _____, en su propio nombre y derecho, con N.I.F./ N.I.E Número _____, de _____, provincia de _____.

Hace constar que, de conformidad con la normativa vigente, el **COLEGIO PROFESIONAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE EXTREMADURA**, le ha informado de las siguientes cuestiones:

Que los datos facilitados por Vd., en el momento de la presentación de la solicitud de colegiación, así como cualquier otro presentado durante su pertenencia al Colegio, serán incorporados en nuestros ficheros inscritos en la Agencia Española de Protección de Datos y serán objeto de tratamiento con la finalidad de gestión administrativa y contable.

Salvo que Vd. manifieste su oposición, marcando la opción abajo dispuesta, consiente expresamente que sus datos sean utilizados por el Colegio para remitirle información, incluidas las comunicaciones electrónicas, sobre servicios propios o de terceras empresas del sector relacionadas con la profesión, aparecer en listas de personas pertenecientes a este Grupo Profesional y que su imagen, obtenida en actos organizados por el Colegio, pueda ser reproducida en su página web.

- No autorizo el tratamiento de mis datos por parte del COLEGIO con fines publicitarios.
- No autorizo mi inclusión en los listados del Grupo Profesional.
- No autorizo que mi imagen, obtenida en actos organizados por el colegio, pueda ser reproducida en su página web.

(marque el cuadro con una "X" si deniega la autorización)

Con el fin de mantener sus datos permanentemente actualizados, en caso que se produzca, en un futuro, alguna modificación de los mismos, deberá notificarlo al COLEGIO, por escrito.

En virtud de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), Vd. puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo la solicitud firmada y por escrito ante el Responsable del Fichero, el Colegio de Higienistas Dentales de Extremadura, Avda. Dolores Ibarruri 27, 1ºB 10.600 - Plasencia (Cáceres).

En _____ a _____ de _____ de 20

Firmado:
