



**Ilustre Colegio Oficial de
Odontólogos y
Estomatólogos
de Valencia**

F-7.1/03 IMPRESO SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

DATOS PROFESIONALES (Respuesta obligatoria)

NOMBRE 1ª CLÍNICA:

TITULAR (Nombre y Apellidos):

RESPONSABLE SANITARIO (Nombre y Apellidos):

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

C.P.:

TELÉFONO

FAX:

E-MAIL:

DIAS Y HORARIO EN CONSULTA:

NOMBRE 2ª CLÍNICA:

TITULAR (Nombre y Apellidos):

RESPONSABLE SANITARIO (Nombre y Apellidos):

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

C.P.:

TELÉFONO

FAX:

E-MAIL:

DIAS Y HORARIO EN CONSULTA:

DATOS PARTICULARES*

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

C.P.:

TELÉFONO:

MÓVIL:

E-MAIL:

ENVIO DE CORRESPONDENCIA

DIRECCIÓN:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

C.P.:

E-MAIL:

NOMBRE Y APELLIDOS:

D.N.I. / N.I.E:

Nº COLEGIADO/A:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia (ICOEV)
Finalidad	Gestión de su solicitud de alta en el Centro y en su caso su relación con la Entidad
Legitimación	Su consentimiento expresado con la firma de este documento
Destinatarios	No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal
Derechos	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 consultando a nuestro personal o en la Política de Protección de datos de nuestra web.
FIRMADO:	

Valencia, a..... de..... de.....

Firma del colegiado.

* Los colegiados que no estén en activo, rellenarán de forma obligatoria al apartado de datos particulares.

** En cumplimiento de la Ley 26/2015, le informamos que si en su práctica profesional va a tener 'contacto habitual' con menores deberá presentar junto a su solicitud un certificado negativo del Registro de delitos de naturaleza sexual emitido por el Ministerio de Justicia.