



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE MALAGA

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

DON/DOÑA _____
Licenciado en Medicina y Cirugía, natural de _____
provincia de _____, nacido el día _____
con DNI núm. _____ y/o PASAPORTE núm _____ y con domicilio en
la calle _____
_____, localidad _____ cód. postal _____,
teléfono _____, teléfono móvil _____, Fax nº
_____,
y dirección de e-mail _____

V.I. EXPONE:

Que desea incorporarse al Colegio de su Presidencia y proponiéndose ejercer la profesión en (1) _____ en la modalidad de (2) _____ y creyendo encontrarse en condiciones legales para ello por reunir los requisitos exigidos en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial,

SOLICITA de V.I. que, teniendo por presentada esta instancia, así como los documentos acreditativos, que adjunto se relacionan, se sirva admitirle como Colegiado.

_____, a _____ de _____ de 20__

Fdo.

- (1) Indicar Lugar
- (2) Ejercicio privado o público



ILUSTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE MALAGA

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos personales que figuran en nuestra base de datos, han sido obtenidos al registrarse cada uno de los colegiados en el Colegio, están bajo la protección y especificaciones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Así mismo, entró en vigor el Real Decreto 1720/2007 por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la LOPD. Queremos informarle que éste Colegio cumple todos los requisitos de dicha legislación exige, que todos los datos bajo nuestra responsabilidad vienen siendo tratados de acuerdo con todas las exigencias legales y autorizaciones que los colegiados especifican, guardándose las debidas medidas de seguridad que garantizan la confidencialidad de los mismos.

CLAUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, el colegiado queda informado de la incorporación de sus datos a los ficheros automatizados existentes en éste Colegio, con datos de carácter personal, conteniendo datos personales denominados GENERALES DE ADMINISTRACIÓN. Así mismo, queda informado del tratamiento automatizado a que van a ser sometidos todos sus datos. Los destinatarios de la información son todos los Departamentos y entes asociados en los que se organiza el Colegio de Médicos de Málaga, el Consejo General de Colegios de Médicos de España, el Consejo Andaluz de colegios Médicos, el resto de los Colegios Provinciales de Médicos, así como los estamentos oficiales que por Ley exijan la cesión.

Asimismo, le informamos que sus datos serán comunicados a la Fundación Patronato de Huérfanos y de Protección Social de Médicos “Príncipe de Asturias”, para el cumplimiento de los fines propios de la Fundación. El Colegio actúa como mero colaborador, gestionando la tramitación del alta en la Fundación y la recaudación de las cuotas, de acuerdo a sus fines estatutarios, siendo el Responsable del Fichero a todos los efectos la Fundación.

Usted queda igualmente informado, sobre la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente (LOPD de 15/1999 de 13 de Diciembre), pudiendo utilizar para ello cualquiera de los canales de comunicación establecidos del Colegio, bien sea dirigiéndose a nuestras Oficinas, vía correo, fax, o a través del correo electrónico: **secretaria@commalaga.com** o en general, por el medio de comunicación que habitualmente utilice. El responsable del fichero es el Ilustre. Colegio Oficial de Médicos de Málaga y el escrito dirigirlo a: **D. Manuel García del Río, Secretario General – C/Curtidores nº 1 – 29006 – Málaga.**

Fdo.:

DNI:

Fecha:



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE MALAGA

Las respuestas a las preguntas planteadas en el presente formulario tienen carácter VOLUNTARIO, a excepción de: nombre, título, profesión, actividad, grado académico, dirección e indicación al grupo profesional.

El Colegiado acepta que el Colegio Oficial de Médicos y/o sus departamentos, así como los entes arriba citados le remitan información sobre bienes o servicios que éste Colegio entienda que es de interés para los colegiados. En todo caso, siempre tiene el derecho de revocar, cancelar, rectificar, sin efectos retroactivos esta aceptación.

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (L.O. 15/1999) le informamos de que los datos personales que nos proporciona pasarán a formar parte de ficheros titularidad de la Fundación Patronato de Huérfanos y de Protección Social de Médicos "Príncipe de Asturias", cuya finalidad es la gestión contable, fiscal y administrativa derivada del alta como socio protector, para la gestión de las prestaciones, programas y servicios que lleva a cabo la Fundación de acuerdo a los fines fijados en sus estatutos.

Asimismo, le informamos que sus datos serán comunicados al Colegio de Médicos de la Provincia de Malaga como entidad colaboradora de la Fundación en la tramitación del alta y la recaudación de las cuotas, de acuerdo a sus fines estatutarios, siendo el Responsable del Fichero a todos los efectos la Fundación.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito, acompañado de fotocopia de NIF, dirigido a la Fundación Patronato de Huérfanos y de Protección Social de Médicos "Príncipe de Asturias", C/ Cedaceros nº 10, 28014 Madrid, o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.

Fdo:

DNI:



**ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE MALAGA**

Fecha de inscripción: ____/____/____
Día Mes Año

Nº.de Colegiado: 29/_____

D.N.I. o Pasaporte: _____

DATOS PERSONALES

Nombre: _____

Primer apellido: _____

Segundo apellido: _____

Sexo:	Femenino <input type="checkbox"/>	Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/>
	Masculino <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>
			Viudo <input type="checkbox"/>
			Divorciado <input type="checkbox"/>
			Separado <input type="checkbox"/>

Lugar de nacimiento: _____

Provincia: _____ Nacionalidad: _____

Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

(si está casado)

Nombre del cónyuge: _____

Número de hijos: _____



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE MALAGA

DOMICILIO PROFESIONAL PRIVADO

(esta dirección será la utilizada por el Colegio para su actividad institucional: cartas, listados, etc...)

Dirección: _____

Teléfono: _____

Distrito postal: _____

Localidad: _____

Otros teléfonos:

1: _____ 3: _____

2: _____ 4: _____

DATOS COLEGIALES

(Dejar en blanco si es 1ª Colegiación)

Colegiado por primera vez en: _____

Colegio de donde proviene: _____

Vocalías: *(señalar con una X hasta un máximo de cuatro)*

Atención Primaria	<input type="checkbox"/>	Hospitales	<input type="checkbox"/>	Asistencia Colectiva	<input type="checkbox"/>
Ejercicio libre	<input type="checkbox"/>	Jubilados	<input type="checkbox"/>	menos<5 años	<input type="checkbox"/>
Promoción de Empleo	<input type="checkbox"/>	Admón. Pública	<input type="checkbox"/>		



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE MALAGA

DATOS ECONOMICOS

Entidad bancaria: _____

Oficina: _____

Número de la cuenta del cliente:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titular: _____

(Indicar si es persona distinta al Colegiado)

DATOS PROFESIONALES

- **Fin de carrera:**

Universidad: _____ Año: _____

(Especificar nombre si es española. Si es extranjera solo el país)

- **Título de Licenciado en Medicina y Cirugía:**

Fecha: _____ Folio _____ N° _____

- **MIR:** *(Si ha hecho ó está haciendo el MIR)*

Centro: _____ Especialidad: _____

Año de Comienzo: _____

- **Título de Doctor:**

Fecha: _____ Folio _____ N° _____



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE MALAGA

- **Título de especialista** (*indicar la/s especialidad/es*)

	Título de especialista	Fecha	Folio	Nº	La Ejerce
1º.	_____	_____	_____	_____	Si No
2º.	_____	_____	_____	_____	Si No
3º.	_____	_____	_____	_____	Si No
4º.	_____	_____	_____	_____	Si No

Idiomas que habla:

Otros títulos:

-	_____	-	_____
-	_____	-	_____
-	_____	-	_____
-	_____	-	_____

Observaciones:



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE MALAGA

DATOS LABORALES

Tiene derecho a la Seguridad Social: Si

No

Dado de alta en I.A.E.: Si

No

Tiene dedicación exclusiva en el Sector Público: Si

No

TRABAJO EN EL SECTOR PÚBLICO

Vinculación laboral: _____

	Asistencial	<input type="checkbox"/>
	Docencia	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD	Gestión	<input type="checkbox"/>
Investigación		<input type="checkbox"/>

En la especialidad: _____



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE MALAGA

SR. DIRECTOR:

Autorizo al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA, para que presente los recibos colegiales con cargo a mi cuenta bancaria, cuyos datos son los siguientes:

Nombre y Apellidos:								DNI:							
Banco o Caja:						Domicilio del Banco:									
Localidad:						Provincia:									
Entidad		Oficina		D.C.		Nº de Cuenta									
<input type="text"/>															

Firma del interesado

_____ a _____ de _____ de 20__



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE MALAGA

FIRMAS RECONOCIDAS

FECHA _____

D. _____

FECHA _____

D. _____

FECHA _____

D. _____

FECHA _____

D. _____

RECONOCIMIENTO SECRETARIO

FECHA _____

D. _____

FECHA _____

D. _____

FECHA _____

D. _____

FECHA _____

D. _____



ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE MALAGA

MANIFESTACIÓN DE NO INCLUSIÓN EN EL SEGURO DE RCP

D./D^a _____
colegiado/a núm. _____, se da por enterado/a del contenido de la
póliza colectiva del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional que tiene
contratado este Colegio con la aseguradora _____ y manifiesta
su deseo de no ser incluido/a en la citada póliza por el siguiente motivo:
_____.

Asimismo se da por enterado de la obligación, tal como establece el artículo 46
de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones
Sanitarias, de suscribir un seguro de estas coberturas en caso de ejercer
privadamente la profesión.

_____ a ____ de _____ de 20 ____

Firmado:
Núm. colegiado/a: