



LICENCIADOS/AS GRADUADOS/AS EN EL ESTADO ESPAÑOL

Documentación necesaria para la colegiación

Documentación obligatoria a presentar:

1. Título original de Licenciado/a en Medicina, Graduado/a en Medicina. En el caso de no disponer de él, certificación acreditativa de la universidad correspondiente de la finalización de los estudios de medicina y comprobante de pago de los derechos del expedición del título (originales) y copia.
2. Si se posee título de especialista deberá presentar el original y fotocopia o en su caso la resolución correspondiente y justificante del pago de los derechos de expedición, si no se dispone del título.
3. DNI (original y fotocopia)
4. Una fotografías tamaño carné.
5. Solicitud de colegiación. [Adjunta](#)
6. Documento de domiciliación bancaria para la atención de recibos colegiales. [Adjunta](#).
7. Documento de tratamiento de datos personales. [Adjunto](#).
8. Si es MIR, fotocopia del documento de adjudicación de la plaza (Hospital/centro de formación y especialidad).
9. En caso de primera colegiación:
 - Abono de la cuota de inscripción, (90 euros) fijada por este Colegio mediante transferencia en la cuenta del Banco Sabadell ES77 0081 0250 9200 0167 8470
10. Si se procede de otro Colegio, es imprescindible
 - Certificado de baja del Colegio de Médicos de procedencia.
 - Abono de la cuota de inscripción, fijada por este Colegio en 90 euros. Banco Sabadell ES77 0081 0250 9200 0167 8470



LICENCIADOS/AS EN PAISES COMUNITARIOS
Documentación necesaria para la colegiación

Documentación obligatoria a presentar:

1. Título original de Licenciado/a en Medicina, Graduado/a en Medicina que deberá acompañarse del documento original de la resolución de reconocimiento del mismo para ejercer en España – credencial de valor comunitario (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) o copia certificada / autenticada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
2. Si se posee título de especialista deberá presentar el original, junto con el documento original de la resolución de reconocimiento del mismo para ejercer en España – credencial de valor comunitario (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) o copia certificada / autenticada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
3. Documento que acredite la identidad y nacionalidad del solicitante, expedido por las autoridades competentes del país de origen o de procedencia o por las autoridades españolas competentes en materia de extranjería (NIE)
4. Una fotografías tamaño carné.
5. Solicitud de colegiación. [Adjunta](#).
6. Documento de domiciliación bancaria para la atención de recibos colegiales. [Adjunta](#).
7. Documento de tratamiento de datos personales. [Adjunto](#)
8. Si es MIR, fotocopia del documento de adjudicación de la plaza (Hospital/centro de formación y especialidad).
9. **Certificación expedida por organismo oficial legalizado por vía diplomática de no estar ni haber estado inhabilitado/a para el ejercicio de la medicina (original y traducción al castellano). Este certificado tendrá una validez de 3 meses (país de origen). Esta certificación solo será necesaria si se trata de la primera colegiación o si hubiesen transcurrido más de tres meses desde la fecha de la baja en otro Colegio.**
10. En caso de primera colegiación
 - Declaración de no estar incurso en ningún proceso jurídico penal que le incapacite o inhabilite para el ejercicio de la profesión médica. [Adjunto](#)
 - Abono de la cuota de inscripción, fijada por este Colegio en 90 euros. Banco Sabadell ES77 0081 0250 9200 0167 8470
11. Si se procede de otro Colegio, es imprescindible
 - Certificado de baja del colegio de Médicos de procedencia.
 - Abono de la cuota de inscripción, fijada por este Colegio en 90 euros. Banco Sabadell ES77 0081 0250 9200 0167 8470

NOTA.- Todos los documentos deben estar debidamente validados/ compulsados/legalizados por vía diplomática y, en su caso, se acompañarán de traducción jurada.



LICENCIADOS/AS EN PAISES NO COMUNITARIOS

Documentación necesaria para la colegiación

Documentación obligatoria a presentar:

1. Título original y fotocopia del Título de Licenciado/a en Medicina, Graduado/a en Medicina.
2. Documento de Homologación del título de Licenciado/a en Medicina (Ministerio de Educación), Graduado/a en Medicina, y fotocopia.
3. Si se posee título de especialista deberá presentar el original, junto con el documento original de la correspondiente Homologación. (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, previa resolución oficial de su Comité de Evaluación RD 459/2010)
4. Documento que acredite la identidad y nacionalidad del solicitante, expedido por las autoridades competentes del país de origen o de procedencia o por las autoridades españolas competentes en materia de extranjería (NIE)
5. Una fotografía tamaño carné.
6. Solicitud de colegiación. [Adjunta](#).
7. Documento de domiciliación bancaria para la atención de recibos colegiales, [Adjunta](#).
8. Si es MIR, fotocopia del documento de adjudicación de la plaza (Hospital/centro de formación y especialidad).
9. Certificación expedida por organismo oficial legalizado por vía diplomática o Apostilla de La Haya, de no estar ni haber estado inhabilitado/a para el ejercicio de la medicina (original y traducción al castellano). Este certificado tendrá una validez de 3 meses (país de origen). Esta certificación solo será necesaria si se trata de la primera colegiación o si hubiesen transcurrido más de tres meses desde la fecha de la baja en otro Colegio.
11. Si se procede de otro Colegio, es imprescindible
 - Certificado de baja del Colegio de Médicos de procedencia.
 - Abono de la cuota de inscripción, fijada por este Colegio en 90 euros. Banco Sabadell ES77 0081 0250 9200 0167 8470
12. En caso de primera colegiación
 - Abono de la cuota de inscripción, fijada por este Colegio en 90 euros. Banco Sabadell ES77 0081 0250 9200 0167 8470

NOTA.- Todos los documentos deben estar debidamente validados/ compulsados / legalizados por vía diplomática o mediante apostilla del Convenio de La Haya y, en su caso, se acompañarán de traducción jurada (Anexo I del RD 459/2010, de instrucciones para la cumplimentación de la solicitud y validación del reconocimiento de títulos de especialista obtenidos en el ámbito extracomunitario).



D./D^a _____

Licenciado/a, Graduado/a en Medicina/Medicina y Cirugía, natural de _____,

provincia de _____, de nacionalidad _____

nacido/a el ____/____/_____, sexo _____, con DNI/NIE/Pasaporte núm.

_____ y con domicilio particular (o para correspondencia) en _____

_____ localidad _____

código postal _____, Teléfono(s) ____/_____, ____/_____,

E-mail _____@_____. _____.

E X P O N E: Que proponiéndose ejercer la profesión médica en

(1) Lugar) _____, en

la modalidad de ejercicio (2) (Público o Privado) _____, y creyendo

reunir los requisitos legales y estatutariamente exigidos.

SOLICITA de Ud. Que, teniendo por presentada esta instancia así como

los documentos acreditativos que adjunto se relacionan, se sirva admitirle

como Colegiado/a en el Colegio de Médicos de su Presidencia.

ALBACETE, a _____ de _____ de 20 ____

Firma

Sr/a Presidente/a del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE

De acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en el Fichero "COLEGIADOS" titularidad del **Ilustre Colegio de Médicos de Albacete**, debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos teniendo por finalidad la gestión del registro de Colegiados así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de su Colegio, sito en **Plaza del Altozano, 11, 02001 Albacete**. Los datos proporcionados serán facilitados a los correspondientes Consejos Autonómicos, con la única finalidad de llevar a cabo el registro autonómico de Colegiados, así como al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España para realizar este mismo registro a nivel nacional. Le comunicamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.



OTROS TÍTULOS:

M.I.R.

Año inicio formación: _____ Año fin formación: _____

Centro MIR: _____

Especialidad médica: _____

COLECTIVO/S A LOS QUE PERTENECE: (denominación de conformidad con el Reglamento de las Secciones Colegiales del CGCOM)

- Médicos de Hospitales
- Atención Primaria Urbana
- Atención Primaria Rural
- Médicos de Administraciones Públicas
- Medicina Privada por cuenta ajena
- Medicina Privada por cuenta propia
- Médicos en formación y/o postgrado
- Médicos con empleo precario
- Médicos Jubilados/as
- Otros (especificar) _____

LUGAR DE TRABAJO PRINCIPAL:

CENTRO: _____

SERVICIO: _____

CARGO PROFESIONAL: _____

ESPECIALIDAD: _____

COLEGIADO POR PRIMERA VEZ EN :

Firma:

Fecha:

De acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en el Fichero "COLEGIADOS" titularidad del **Ilustre Colegio de Médicos de Albacete**, debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos teniendo por finalidad la gestión del registro de Colegiados así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de su Colegio, sito en **Plaza del Altozano, 11, 02001 Albacete**. Los datos proporcionados serán facilitados a los correspondientes Consejos Autonómicos, con la única finalidad de llevar a cabo el registro autonómico de Colegiados, así como al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España para realizar este mismo registro a nivel nacional. Le comunicamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma



DECLARACIÓN DE PRIMERA COLEGIACIÓN

D./Da _____ con
DNI / NIE / Pasaporte _____ DECLARA que no ha estado
colegiado/a ni ha ejercido la Medicina en ninguna otra provincia del
Territorio del Estado Español.

ALBACETE, ____ de _____ de 20 ____

Sr/a. Presidente/a del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE

De acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en el Fichero "COLEGIADOS" titularidad del **Ilustre Colegio de Médicos de Albacete**, debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos teniendo por finalidad la gestión del registro de Colegiados así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de su Colegio, sito en **Plaza del Altozano, 11, 02001 Albacete**. Los datos proporcionados serán facilitados a los correspondientes Consejos Autonómicos, con la única finalidad de llevar a cabo el registro autonómico de Colegiados, así como al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España para realizar este mismo registro a nivel nacional. Le comunicamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.



DECLARACIÓN DE NO INCAPACITACIÓN/NO INHABILITACIÓN

D./D^a _____ con
DNI / NIE / Pasaporte _____ DECLARA no estar incurso en
ningún proceso jurídico penal que le incapacite o inhabilite para el ejercicio de la
profesión médica.

ALBACETE, _____ de _____ de 20 ____

Sr/a. Presidente/a del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE

De acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en el Fichero "COLEGIADOS" titularidad del **Ilustre Colegio de Médicos de Albacete**, debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos teniendo por finalidad la gestión del registro de Colegiados así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de su Colegio, sito en **Plaza del Altozano, 11, 02001 Albacete**. Los datos proporcionados serán facilitados a los correspondientes Consejos Autonómicos, con la única finalidad de llevar a cabo el registro autonómico de Colegiados, así como al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España para realizar este mismo registro a nivel nacional. Le comunicamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.



DOCUMENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo que preceptúa la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el **Colegio Oficial de Médicos de Albacete** informa a los colegiados/as, que sus datos personales facilitados en el momento de la colegiación y los que sean proporcionados con posterioridad, están incorporados en los ficheros de los que es titular el Colegio.

El responsable del fichero es el **Colegio Oficial de Médicos de Albacete**, y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición es **Plaza del Altozano, 11 – bajo, C.P. 02001. Albacete**

Asimismo, el Colegio solicita su consentimiento para tratar, conjuntamente con los datos personales que nos ha facilitado, sus datos bancarios, entendiendo que estos datos en ningún caso podrán considerarse de acceso público en el sentido que establece el artículo 3.j) de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

En cualquier momento, se puede solicitar la modificación de los datos facilitados y/o revocar su consentimiento.

De acuerdo con lo que establece el artículo 11 de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos de carácter personal objeto de tratamiento solamente podrán comunicarse a un tercero para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con las funciones legítimas del Colegio y del cesionario, con el previo consentimiento del colegiado/a.

No obstante lo anterior, le informamos que los datos proporcionados serán facilitados a los correspondientes Consejos Autonómicos, con la única finalidad de llevar a cabo el registro autonómico de Colegiados, así como al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España para realizar este mismo registro a nivel nacional

No será preciso este consentimiento cuando la cesión se refiera a datos recogidos en fuentes accesibles al público. De acuerdo con lo que establece el artículo 10, apartado 2, punto a) de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, introducido en la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes: " 2.- A través de la referida ventanilla única, para la mejor defensa de los derechos de los consumidores y usuarios, las organizaciones colegiales ofrecerán la siguiente información, que deberá ser clara, inequívoca y gratuita: a) El acceso al Registro de colegiados, que estará permanentemente actualizado y en el que constarán, al menos, los siguientes datos: nombre y apellidos de los profesionales colegiados, número de colegiación, títulos oficiales de los que estén en posesión, domicilio profesional y situación de habilitación profesional".

En cualquier momento, podrá acceder a sus datos para que estos puedan ser modificados así como indicar al Colegio que sus datos no se utilicen con fines publicitarios o de prospección comercial.

De acuerdo con la legislación vigente, consideramos que nos otorga el consentimiento para utilizarlos siempre con la debida confidencialidad y dentro del marco legal y vigente.

NOMBRE :

Firma

D.N.I.:



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE

Plaza del Altozano, 11 – bajo
02001 Albacete
Teléfono: 967 21 58 75 Fax: 967 24 01 13
comalbacete@comalbacete.org
presidencia@comalbacete.org

D./D^a _____ con

DNI / NIE / Pasaporte _____ DECLARA que **NO está interesado/a** en pertenecer al "*PATRONATO DE HUERFANOS PRINCIPE DE ASTURIAS*".

Fdo.:

ALBACETE, ____ de _____ de 20 ____



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE
Plaza del Altozano nº 11
02001 Albacete
Teléfono: 967 21 58 75 Fax: 967 24 01 13

D./D^a _____ con

DNI / NIE / Pasaporte _____ DECLARA que **NO está interesado/a** en el seguro "SOCORRO DE FALLECIMIENTO".

Fdo.:

ALBACETE, ____ de _____ de 20 ____