



D./D^a _____
Licenciado/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) ____/_____, ____/_____,

Fax ____/_____, E-mail _____@_____

EXPONE: Que proponiéndose ejercer la profesión médica en
(1) _____, en
la modalidad de ejercicio (2) _____, 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.

_____ a _____ de _____ de 20 ____

X

(1) Indicar lugar y localidad

(2) Privado o público, mixto, institucional, o colegiación sin ejercicio.

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.



NÚMERO DE COLEGIADO/A:

APELLLIDOS:

NOMBRE:

DATOS OBLIGATORIOS DEL DOMICILIO PROFESIONAL:

(Imprescindible cumplimentar todos estos datos):

Centro de trabajo:
(Hospital, CAP, consulta privada, etc.)

Domicilio:

Población:

Código Postal:

Títulos de médico/a
especialista registrados
en el Colegio (1):

Situación profesional: CON EJERCICIO SIN EJERCICIO

OTROS DATOS VOLUNTARIOS DEL DOMICILIO PROFESIONAL:

Teléfono: Fax:

e-mail:

Firma:

Fecha: __ / __ / ____

NOTAS:

- 1.- Para comprobar el registro en el Colegio de los títulos de médico/a especialista puede verificarse en la página web del Colegio.
- 2.- En el caso que haya más de un domicilio profesional será necesario cumplimentar para cada uno de ellos otro impreso como el presente.
- 3.- Se recuerda la obligación de comunicar al Colegio cualquier modificación de estos datos
- 4.- Todos los datos obligatorios de este formulario serán visibles en la Ventanilla Única. Por tanto, de acuerdo con la normativa de la protección de datos personales, se presta el consentimiento al Colegio para su publicación. La publicación de los datos voluntarios se podrá revocar dirigiendo escrito al COM de Albacete.
- 5.- 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 "**VENTANILLA ÚNICA**" titularidad del **Ilustre Colegio de Médicos de Albacete**, debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos teniendo por finalidad el tratamiento de los datos necesarios para que a través de la ventanilla única prevista en la ley 17/2009 de 23 de noviembre sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio los profesionales puedan realizar todos los trámites necesarios para la colegiación su ejercicio y su baja en el colegio. 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