

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).



Plaza del Altozano, 11 – bajo
02001 Albacete
Teléfono: 967 21 58 75
comalbacete@comalbacete.org

D./Da _____

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.



Plaza del Altozano, 11 – bajo
02001 Albacete
Teléfono: 967 21 58 75
comalbacete@comalbacete.org

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



Plaza del Altozano, 11 – bajo
02001 Albacete
Teléfono: 967 21 58 75
comalbacete@comalbacete.org

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.



Plaza del Altozano, 11 – bajo
02001 Albacete
Teléfono: 967 21 58 75
comalbacete@comalbacete.org

DECLARACIÓN DE NO INCAPACITACIÓN/NO INHABILITACIÓN

D./Da _____ 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.



Sr./a. Tesorero/a del
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE Albacete

Nombre y apellidos:		DNI/NIE/Pasap.
Banco / Caja:	Domicilio del Banco:	
Localidad:	Provincia:	

[illegible]

Colegiado/a núm: _____

ALBACETE, a de de 20

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.



Plaza del Altozano, 11 – bajo
02001 Albacete
Teléfono: 967 21 58 75
comalbacete@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 ____



Plaza del Altozano, 11 – bajo

02001 Albacete

Teléfono: 967 21 58 75

comalbacete@comalbacete.org

DOCUMENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo que preceptúa el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en los que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos o por sus siglas RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales (por sus siglas LOPD-GDD) y demás normativa vigente en protección de datos, el Colegio Oficial de Médicos de Albacete en su condición de Responsable del tratamiento procede a informarle sobre dicho tratamiento de datos:

Fin del tratamiento: Los datos por usted aportados en el momento de la colegiación y los que sean proporcionados con posterioridad y, de cuya exactitud, veracidad y validez usted mismo responde serán tratados para gestionar el alta colegial y posteriores cambios solicitados para actualizar su situación profesional, la gestión administrativa y de facturación derivada de dicha colegiación, el registro de colegiados, los envíos de información institucional, incluso por medios electrónicos u otros similares sobre asuntos de interés profesional, así como la realización de las funciones legal y estatutariamente atribuidas al Responsable conforme lo dispuesto en la normativa vigente sobre Colegios Profesionales.

(Marcar los que proceda):

- ☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación sobre actividades e información de interés general del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE.
- ☐ No deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación no electrónico sobre actividades e información de interés general del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE.
- ☐ Deseo recibir información a través de cualquier medio de comunicación electrónico sobre actividades e información general del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE.

Obligación de facilitar los datos: en los formularios de recogida de datos personales se señalará mediante asterisco o expresamente se informará sobre los campos requeridos para poder hacer un tratamiento de datos correcto.

Legitimación para tratar datos: Art. 6.1.e) RGPD y Art. 8 LOPDGD: El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

Criterios de conservación: Sus datos personales se conservarán mientras perdure la relación con el Responsable, los plazos establecidos legalmente y, en todo caso, mientras no prescriban las posibles acciones legales derivadas de la finalidad y del tratamiento.

Publicación de datos personales: Conforme a la Ley de Colegios Profesionales, y para la mejor defensa de los derechos de consumidores y usuarios, al menos los siguientes datos serán de acceso público y podrán integrarse en listados accesibles en formato papel o vía Web: 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”, pudiéndose oponer al tratamiento de los mismos respecto de la recepción de publicidad o prospección comercial comunicándolo a la dirección indicada en el apartado “Datos de contacto para ejercer Derechos”. En caso de producirse alguna modificación en sus datos, le rogamos los actualice a través de Ventanilla Única o nos lo comuniquen para mantenerlos debidamente actualizados.

Comunicación a terceros: Los datos proporcionados serán facilitados a los correspondientes Consejos Autonómicos, así como al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España y otras Corporaciones y Organismos Públicos, cuando así se establezca legalmente (art. 8 LOPD-GDD). De igual

forma, podrán cederse a las entidades aseguradoras con las que contrate su Seguro de Responsabilidad Civil. En cualquier otro supuesto no están previstas comunicaciones a terceros, salvo obligación legal o requerimiento judicial. En el supuesto que las hubiere, se informaría de forma previa al interesado sobre la identidad del destinatario, finalidad del tratamiento y base de legitimación para poder tratar datos personales.

Por lo expuesto marcar lo que proceda:

- ☐ AUTORIZO AL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALBACETE a comunicar mis datos a terceros si dicha cesión persigue funciones reconocidas legalmente a los Colegios Profesionales, tales como la organización de actividades y servicios comunes de interés para los colegiados, de carácter profesional, formativo, cultural, asistencial y de previsión y otros análogos (art. 5j de LCP).
- ☐ NO AUTORIZO, la comunicación de mis datos personales a terceros, por lo cual ésta solo podrá llevarse a cabo en los casos en que la normativa sobre protección de datos personales no exige el consentimiento

Derechos que asisten al Interesado: Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI dirigido al Colegio Oficial de Médicos de Albacete Plaza del Altozano nº 11, 02001- Albacete, o bien presentar una reclamación ante la Autoridad de control (www.aepd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

Identificación: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Albacete
Sede colegial: Plaza del Altozano nº 11, bajo C.P. 02001 Albacete
Correo electrónico para ejercitar derechos: comalbacete@comalbacete.org

Nombre y Apellidos:

DNI/NIF:

Firma: