



1. SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

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 _____@_____

E X P O N E: 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 GUADALAJARA



2. Comunicación de domiciliación profesional.

COMUNICACIÓN DE DOMICILIO PROFESIONAL

Ventanilla única

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:

X

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 (<http://www.comguada.es> o bien en https://www.cgcom.es/ventanilla_unica , introduciendo criterios de búsqueda.
- 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 Guadalajara.
- 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 Guadalajara**, 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 Avda. del Ejército nº 9-B. 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.



3.- Otros datos (1) *OTROS DATOS (1)*

APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI/NIE/Pasaporte núm.

NACIONALIDAD: (Cumplimentar en caso que en algún momento en el tiempo la nacionalidad haya sido diferente de la española)

Nacionalidad origen:

Nacionalidad actual:

LICENCIATURA

Facultad de Medicina: _____

Año finalización carrera: _____ Fecha expedición título: __ / __ / ____

Núm. Registro Nacional de Títulos: _____

Fecha pago derechos expedición título: __ / __ / ____

Homologación títulos extranjeros:

Fecha homologación Título: __ / __ / ____

DOCTORADO

Facultad de Medicina: _____

Fecha expedición título: __ / __ / ____

Núm. Registro Nacional de Títulos: _____

Fecha pago derechos expedición título: __ / __ / ____

ESPECIALIDADES:

Especialidad 1: _____

Vía de obtención: _____

Fecha expedición título: __ / __ / ____

Núm. Registro Nacional de Títulos: _____

Fecha pago derechos expedición título: __ / __ / ____

Homologación títulos extranjeros:

Fecha homologación Título: __ / __ / ____

Especialidad 2: _____

Vía de obtención: _____

Fecha expedición título: __ / __ / ____

Núm. Registro Nacional de Títulos: _____

Fecha pago derechos expedición título: __ / __ / ____

Homologación títulos extranjeros:

Fecha homologación Título: __ / __ / ____

En cumplimiento de la Normativa de Protección de Datos, le informamos que el Responsable del Tratamiento de sus datos personales es el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara que tratará sus datos con la finalidad de desarrollar y cumplir con las obligaciones derivadas de los servicios contratados. Para el cumplimiento de dichas obligaciones no se cederán datos a terceros. Podrá acceder, rectificar y suprimir dichos datos, así como ejercer otros derechos específicos y comunicar cualquier incidente, riesgo, violación de seguridad y/o incumplimiento de esta normativa a través del Canal de Protección de Datos www.dataprotect-line.com/colegio-oficial-medicos-guadalajara/ Para más información puede dirigirse a nuestra página web www.comguada.com



4.- Otros datos (2)
OTROS DATOS (2)

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 :

X

Firma:

Fecha:



5.- Recibo de depósito de documentos

RECIBO DE DEPÓSITO DE DOCUMENTOS

APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI/NIE/Pasaporte:

Deposita en el Colegio Oficial de Médicos de _____ los siguientes documentos para su registro y otros trámites:

- _____
- _____
- _____

En _____ a __ / __ / 20 __
Firma del empleado/a y sello



.....
RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

D./D^a _____ declara haber retirado del Colegio Oficial de Médicos de _____ los siguientes documentos:

- _____
- _____
- _____

En _____ a __ / __ / 20 __

Firma del interesado/a:

D.N.I.: _____
Colegiado/a núm: _____

Hacer fotocopias para el interesado/a al entregar los documentos y al retirarlos

En cumplimiento de la Normativa de Protección de Datos, le informamos que el Responsable del Tratamiento de sus datos personales es el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara que tratará sus datos con la finalidad de desarrollar y cumplir con las obligaciones derivadas de los servicios contratados. Para el cumplimiento de dichas obligaciones no se cederán datos a terceros. Podrá acceder, rectificar y suprimir dichos datos, así como ejercer otros derechos específicos y comunicar cualquier incidente, riesgo, violación de seguridad y/o incumplimiento de esta normativa a través del Canal de Protección de Datos www.dataprotect-line.com/colegio-oficial-medicos-guadalajara/ Para más información puede dirigirse a nuestra página web www.comguada.com



6.- Declaración de primera colegiación

DECLARACIÓN DE PRIMERA COLEGIACIÓN

D./D^a _____ 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.

_____, ____ de _____ de 20 ____

Firma del interesado/a:

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

En cumplimiento de la Normativa de Protección de Datos, le informamos que el Responsable del Tratamiento de sus datos personales es el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara que tratará sus datos con la finalidad de desarrollar y cumplir con las obligaciones derivadas de los servicios contratados. Para el cumplimiento de dichas obligaciones no se cederán datos a terceros. Podrá acceder, rectificar y suprimir dichos datos, así como ejercer otros derechos específicos y comunicar cualquier incidente, riesgo, violación de seguridad y/o incumplimiento de esta normativa a través del Canal de Protección de Datos www.dataprotect-line.com/colegio-oficial-medicos-guadalajara/ Para más información puede dirigirse a nuestra página web www.comguada.com



6.1- Declaración de no incapacitación/no inhabilitación

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.

_____, _____ de _____ de 20 ____

Firma del interesado/a:

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

En cumplimiento de la Normativa de Protección de Datos, le informamos que el Responsable del Tratamiento de sus datos personales es el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara que tratará sus datos con la finalidad de desarrollar y cumplir con las obligaciones derivadas de los servicios contratados. Para el cumplimiento de dichas obligaciones no se cederán datos a terceros. Podrá acceder, rectificar y suprimir dichos datos, así como ejercer otros derechos específicos y comunicar cualquier incidente, riesgo, violación de seguridad y/o incumplimiento de esta normativa a través del Canal de Protección de Datos www.dataprotect-line.com/colegio-oficial-medicos-guadalajara/ Para más información puede dirigirse a nuestra página web www.comguada.com



7 – Domiciliación bancaria

DOMICILIACIÓN BANCARIA

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

AUTORIZO al Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Guadalajara, para que presente los recibos colegiales con cargo a mi cuenta bancaria, cuyos datos son los siguientes:

Nombre y apellidos:	DNI/NIE/Pasap.
---------------------	----------------

Banco / Caja:	Domicilio del Banco:
---------------	----------------------

Localidad:	Provincia:
------------	------------

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NUMERO DE CUENTA
---------	---------	------	------------------

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

Firma del interesado/a:

Colegiado/a núm: _____

Guadalajara, a ____ de _____ de 20 ____

En cumplimiento de la Normativa de Protección de Datos, le informamos que el Responsable del Tratamiento de sus datos personales es el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara que tratará sus datos con la finalidad de desarrollar y cumplir con las obligaciones derivadas de los servicios contratados. Para el cumplimiento de dichas obligaciones no se cederán datos a terceros. Podrá acceder, rectificar y suprimir dichos datos, así como ejercer otros derechos específicos y comunicar cualquier incidente, riesgo, violación de seguridad y/o incumplimiento de esta normativa a través del Canal de Protección de Datos www.dataprotect-line.com/colegio-oficial-medicos-guadalajara/ Para más información puede dirigirse a nuestra página web www.comguada.com



8. Documentación aportada

DOCUMENTACIÓN APORTADA– Licenciados/as por países NO comunitarios

APELLIDOS Y NOMBRE:

DNI/NIE/Pasaporte núm.:

aporta a este Colegio Oficial de Médicos los siguientes documentos necesarios para la colegiación (*):

- SOLICITUD DE COLEGIACIÓN
- TÍTULO DE LICENCIADO/A EN MEDICINA (Original)
- Resolución de HOMOLOGACIÓN del Título de Licenciado/a en Medicina
- TÍTULO/S DE ESPECIALISTA/S (Original) EN:
- Resolución de HOMOLOGACIÓN del Título de Médico Especialista en:
(documento expedido por el Ministerio de Educación)
Detallar _____
- NIE / PASAPORTE (originales y fotocopias)
- CERTIFICADO DE NACIONALIDAD EXPEDIDO POR AUTORIDAD COMPETENTE.
- 2 FOTOGRAFIAS
- COMUNICACIÓN DE DOMICILIO Y DATOS PROFESIONALES
- COMUNICACIÓN DE OTROS DATOS
- DOMICILIACIÓN BANCARIA
- CERTIFICADO DE NO HABER ESTADO INHABILITADO/A EN EL PAÍS DE ORIGEN PARA EL EJERCICIO DE LA MEDICINA
- DECLARACIÓN DE PRIMERA COLEGIACIÓN
- CERTIFICADO DE BAJA EXPEDIDO POR EL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE PROCEDENCIA:

- ADJUDICACION PLAZA MIR
- CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PSICO-FÍSICA
- DECLARACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN NINGÚN PROCESO JURÍDICO-PENAL QUE LE INCAPACITE O INHABILITE
- CERTIFICADO DE CONOCIMIENTO SUFICIENTE DEL IDIOMA ESPAÑOL / Ó DE LA CCAA CORRESPONDIENTE, EN SU CASO. (ANEXO III Y DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA DEL RD 459/2010).

- Si se ejerce privadamente la medicina:
AFILIACIÓN AL RETA Y/O A LA MUTUALIDAD PROFESIONAL
- ALTA EN EL CENSO DE PROFESIONALES DE LA AEAT
- DOCUMENTO DE INCLUSIÓN/NO INCLUSIÓN EN EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

* Cumplimentar las casillas correspondientes

Firma del empleado y sello del Colegio

Fecha: _____



9.-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 Guadalajara 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, bajo la responsabilidad del Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara para el tratamiento de datos de carácter personal, y con la finalidad de toda la gestión colegial y administrativas pertinentes, debidamente inscrito ante la agencia española de protección de datos. Al mismo tiempo de tenerle perfectamente al día tanto de información que pueda ser de su interés como de todos los servicios que ofrezca el Colegio. Vd. Como interesado directo, tiene derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los mismos. Y los puede hacer efectivos debidamente identificado en la dirección, avenida del Ejército, nº 9-B, C.P, 19004 Guadalajara.

Asimismo, el Colegio solicita su consentimiento para tratar, conjuntamente con los datos personales que nos ha facilitado, sus datos bancarios, entendiéndose 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".

Podrá acceder, rectificar y suprimir dichos datos, así como ejercer otros derechos específicos y comunicar cualquier incidente, riesgo, violación de seguridad y/o incumplimiento de esta normativa a través del Canal de Protección de Datos www.dataprotect-line.com/colegio-oficial-medicos-guadalajara/, para más información puede dirigirse a nuestra página web www.comguada.com

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 :
D.N.I.:

Firma

Guadalajara, a ____ de _____ de 20 ____



10. Registro de firmas

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GUADALAJARA

REGISTRO DE FIRMA(S)

D./D^a: _____

Núm. de Colegiado/a: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

Firma/s:

Fecha: