



SOLICITUD DE COLEGIACIÓN EN LA RIOJA

(Se ruega escribir los datos con mayúsculas y lo más claro posible)

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____
Nombre: _____
Número de Colegiado: _____ DNI o Pasaporte: _____
Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: _____
Lugar de nacimiento: _____
Dirección personal: _____
Localidad y Provincia: _____ Código Postal: _____
Teléfono fijo personal: _____ Teléfono móvil personal: _____
Correo electrónico personal: _____ Otro: _____

DATOS ACADÉMICOS

Título de Licenciado en Odontología o Estomatología.
Universidad: _____ Fecha del título: _____
Especialidad Principal: _____
Hospital: _____
Doctorado: _____ Universidad: _____ Fecha del título: _____

DATOS LABORALES

Odonto-Estomatología PRIVADA:

Empresa: _____
Dirección: _____
Localidad y Provincia: _____ Código Postal: _____
Teléfono y extensión: _____ Fax: _____
Correo electrónico: _____ Página WEB: _____
Puesto de trabajo: _____
Relación con el puesto (marcar lo que proceda)
Autónomo cuenta propia: Contrato: Sociedad:

Odonto-Estomatología PÚBLICA: _____

Relación con el puesto (marcar lo que proceda)

Propietario:

Interino:

Sustituto:

Organismo público de trabajo: _____

Dirección: _____

Localidad y Provincia: _____ Código Postal: _____

Teléfono y extensión: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Servicio o Zona de Salud: _____

Puesto de trabajo o Cargo: _____

Otros: _____ Odonto-Estomatólogo jubilado:

Enviar correspondencia a: (marcar lo que proceda)

Dirección personal:

Organismo publico:

Consulta privada:

***Ficha de datos para devolver al Colegio, acompañada de una fotografía y una fotocopia legible (anverso y reverso) del DNI, Tarjeta de residente, o Pasaporte**

**Firmar en el recuadro:
(Para el reconocimiento de firma)**

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos se incorporarán a un fichero automático cuyo titular es el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de La Rioja. La finalidad de dicho fichero es la correcta gestión de la relación de prestación de servicios entre los colegiados y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos La Rioja. Solicitamos además su consentimiento para el envío de información comercial por cualquier medio, incluido el correo electrónico relacionada con el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de La Rioja, así como autorización para posibles cesiones de sus datos personales con organismos con los que el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de La Rioja firme acuerdos de colaboración. Ud. Tiene derecho de oponerse a recibir estas comunicaciones y revocar la cesión de sus datos en cuyo caso le rogamos ponga una cruz en las siguientes casillas.

No deseo el tratamiento de mis datos personales para la promoción de los servicios propios del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos.

No deseo la cesión de mis datos personales a organismos colaboradores.

Asimismo, le informamos que Ud. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la normativa vigente.

Autorizo al Colegio Profesional de Odontólogos y Estomatólogos de La Rioja a comprobar mi título de Odontología y/u Homologación en el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

**e-mail: cooe26@infomed.es - página web: www.destistasrioja.com
C/ Ruavieja, 67-69-2º - 26001 LOGROÑO (La Rioja) - Tel.: 941 25 61 86**