



Notificación de horario de trabajo.

AL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE LA RIOJA

D./DÑA. _____,
colegiado/a en _____ con el núm. _____,
título de Odontología de la Universidad de _____,
en fecha _____, y homologado en España el día _____,
con domicilio profesional principal en el ámbito del Colegio de _____,
desde el día ____ de _____ de _____, en las Clínica/s Dental/es:

Consulta días de la semana:

Horario:

ACEPTO EXPRESAMENTE las competencias de ordenación, control deontológico y potestad disciplinaria que rigen en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de LA RIOJA, según sus propios Estatutos Colegiales, Ley de Colegios Profesionales de La Rioja, R.D. 39 Ley 6/2000 y demás normativas legales de aplicación y a los efectos oportunos, e **igualmente me comprometo a comunicar cualquier cambio en mi situación profesional en La Rioja (a efectos de colegiación)**, fijando mi domicilio particular en la ciudad de _____

C/ _____
Tel: _____ e-mail: _____

Cuotas colegiales: Según la Ley de Colegios Profesionales de La Rioja, la colegiación es única para todo el territorio Nacional, estando obligada su colegiación en el Colegio donde ejerza su actividad profesional principal por más tiempo.

Logroño, ____ de _____ de _____

Firma