



Modelo (01)
Expediente nº:

COLEGIADA/O Nº

Espacio
reservado para
fotografía

1. SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento	Titulado <input type="checkbox"/> Habilitado <input type="checkbox"/>	Número D.N.I.
Domicilio particular	Teléfono particular	Autónomo <input type="checkbox"/> Cuenta ajena <input type="checkbox"/>	
	C.P.	Localidad	Provincia
Correo electrónico			

EXPONE:

Que en virtud de lo dispuesto en los artículos 10 y 11 del decreto 201/2008 de 24 de julio, por el que se aprueban los Estatutos del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Galicia publicados en el DOG nº 79 de 16/09, el/la que e suscribe considera que cumple los requisitos de titulación y/o habilitación y presenta la documentación requerida, por lo que

SOLICITA:

Se tenga por presentada la presente solicitud con la documentación que se acompaña y sea admitida su incorporación al Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Galicia

Espacio reservado para el Registro de Entrada
A cumplimentar por el CPHDG

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firmado:
Nombre y apellidos

1.1 RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

Fotocopia compulsada del D.N.I..... <input type="checkbox"/>	Espacio a cubrir por CPHDG
Fotocopia compulsada del Título de CS Higiene Bucodental ó certificado de habilitación profesional..... <input type="checkbox"/>	
Ficha colegial cumplimentada y firmada..... <input type="checkbox"/>	
Una fotografía tamaño carné..... <input type="checkbox"/>	
Resguardo de ingreso de cuota de inscripción y primer trimestre..... <input type="checkbox"/>	
Copia de la tarjeta de demandante de empleo (2)..... <input type="checkbox"/>	
Nómina (2)..... <input type="checkbox"/>	
Boletín de adhesión al seguro..... <input type="checkbox"/>	Firma y fecha de comprobación

1.2.- TRASCRIPCIÓN DEL ACUERDO ADOPTADO Y ASIGNACIÓN DE NÚMERO DE COLEGIADO/A

El/La Sr. / Sra. Presidente/a en el ejercicio de las competencias delegadas por el Pleno da Junta de Gobierno en sesión celebrada el 24/01/2009, en relación con la presente solicitud, adoptó el siguiente ACUERDO: Aprobar la colegiación, procediendo a asignarle el Nº _____ de colegiado/a

1.3 DATOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL:

Denominación (Nombre Clínica):	Localidad:	Provincia:
Dirección profesional:	Correo electrónico:	Telf.

Titulación profesional o habilitación:	Fecha de expedición:	Centro de Enseñanza (En el caso de Titulados):
--	----------------------	--

OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES:

Otras titulaciones:	Fecha de expedición:	Centro Educativo:
---------------------	----------------------	-------------------

Fecha de inicio de la actividad:	Situación Profesional (2):
----------------------------------	----------------------------

Régimen Seguridad Social (General, Autónomos):

Otras entidades profesionales de las que sea miembro de pleno derecho:

Entidad Bancaria Habitual:	Seguros privados:
----------------------------	-------------------

1.4 DOMICILIACIÓN BANCARIA:

ORDENANTE: (Nombre y apellidos titular cuenta) _____

BANCO O CAJA DE AHORROS:

NÚMERO DE CUENTA:

IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Cuenta corriente o libreta de ahorros:
_____	_____	_____	_____	_____

A Atención do Sr./Sra. Director/a de:

Por la presente, tengo a bien requerirle que, en lo sucesivo y hasta nueva orden expresa en sentido contrario, con cargo a la cuenta corriente referida de esa oficina de la que soy titular, abone los recibos que gire el COLEGIO PROFESIONAL DE HIGIENISTAS DENTALES DE GALICIA a mi nombre.

En _____ a _____ de _____ de _____ Atentamente.

Firmado:

En cumplimiento con la normativa española vigente en materia de protección de datos de carácter personal, así como en las obligaciones previas de información exigidas en el Reglamento Europeo UE 679/2016. COLEXIO PROFESIONAL DE HIXIENISTAS DENTAIS DE GALICIA con CIF: Q1500320E, RÚA NOVA DE ABAIXO, 23. ENTRESUELO B, 15701 SANTIAGO DE COMPOSTELA (A CORUÑA) y con correo electrónico de contacto: INFO@HIDEGAL.COM.

Le recuerda en este acto que al inicio de nuestra relación profesional fue informado del tratamiento de sus datos de carácter personal por parte de nuestra empresa con el fin de prestarles el servicio solicitado y realizar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial/profesional o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales.

Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios. En caso de extravío puede solicitarnos de nuevo la información entregada a través de nuestra información de contacto.

NORMAS PARA CUMPLIMENTAR ESTE IMPRESO:

1.- Solicitud de Colegiación:

- Se recogerán los datos de carácter particular
- Apartado habilitado/titulado: debe marcarse lo que proceda.

2.- Notas:

- (1) La cuota de alta colegial **90,00 €** y cuota 1º Trimestre **36,00 €**
A Ingresar en la C/C del Banco Santander nº **ES 87 0049 1467 20 2910465354**
- (2) Deberá indicarse alguna de las siguientes situaciones: 1.- activo 2.- desempleado 3.- no ejerciente
Los supuestos 2 y 3 permitirán acogerse a la cuota de alta de **60,00 €** y una cuota trimestral reducida de **15,00 €**.
Estos supuestos deberán estar debidamente acreditados.

ADVERTENCIA:

El mantenimiento de la cuota anterior quedará condicionado a la acreditación por parte del colegiado de que se mantiene la situación de inactividad laboral o profesional. En caso contrario se de oficio, y sin que medie acuerdo ninguno, a liquidar la cuota ordinaria.