



ILUSTRE COLEGIO PROFESIONAL DE PROTÉSICOS DENTALES DE LA REGIÓN DE MURCIA

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN _____ **Nº COLEGIADO** _____

En virtud de lo expuesto en la Ley 6/1999, de 4 de noviembre, de Colegio Profesionales de la Región de Murcia, manifiesto mi ejercicio profesional en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y solicito a la Junta de Gobierno mi incorporación a este Colegio Profesional, aceptando cumplir con lo dispuesto en los Estatutos propios del Ilustre Colegio Profesional de Protésicos dentales de la Región de Murcia, y me comprometo a respetar los Estatutos del Colegio y cumplir firmemente, así como el código deontológico que en su día se apruebe.

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: _____

NIF/NIE: _____

Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

CP: _____ Localidad/Provincia: _____

Móvil: _____

E-mail: _____

DATOS PROFESIONALES

Título Técnico Superior en Prótesis Dentales

Fecha titulación/habilitación/homogación: _____

Habilitación profesional/ Homologación del título

Realiza su actividad profesional por cuenta propia Sí No

Laboratorio (Razón social): _____

Técnico responsable: _____

Dirección: _____

CP: _____ Localidad/Provincia: _____

Teléfono trabajo: _____

A efectos de justificar que reúne las condiciones legales precisas, acompaña la siguiente documentación:

- Fotocopia NIF/NIE
- Fotocopia compulsada del Título Técnico Superior en Prótesis Dentales
- Fotocopia Habilitación profesional/Homologación del título (en su caso)
- Documentación que acredite tu situación laboral actual:
 - Cuenta propia: copia Alta en IAE (modelo 036)
 - Cuenta ajena: copia contrato de trabajo
 - Documento demandante de empleo
- Documento SEPA cumplimentado
- Vida laboral actualizada
- Justificante de pago cuota de inscripción

IMPORTE DE LAS CUOTAS COLEGIALES:

Cuota inscripción: 200,00 €. Pago único al solicitar la colegiación.

Cuota mensual: Giro Bancario- Domiciliación

40,00 € Trabajadores Autónomos.

30,00 € Trabajadores por Cuenta Ajena.

17,00 € No ejercientes.

Banco Sabadell IBAN ES86 0081 1016 1100 0153 1360

PROTECCIÓN DATOS PERSONALES:

De acuerdo con la Normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, el Colegio Profesional de Protésicos Dentales de la Región de Murcia, le informa que los datos facilitados por usted mediante la presente solicitud de colegiación, serán objeto de tratamiento automatizado en el fichero de Colegiados de la Corporación, con la finalidad de gestión y mantenimiento de la relación suscrita. Le informamos que los datos facilitados en el presente documento serán cedidos legalmente al Consejo General de Colegios de Protésicos Dentales de España. En virtud de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), Los interesados pueden ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y oposición, así como formular cualquier consulta relativa a sus datos personales ante nuestro Delegado de Protección de Datos mediante comunicación a dpd.cpm@edutedisconsultoria.com adjuntando copia del D.N.I. También pueden efectuar una reclamación ante la autoridad de control

El abajo firmante, declara la veracidad de los datos aquí expresados y solicita le sea concedida la colegiación,

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: