



Colegio Oficial de Médicos de Toledo

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

D./D^a. _____
Graduado/a / Licenciado/a en Medicina / Licenciado/a en Medicina y Cirugía, natural de _____, provincia de _____, de nacionalidad _____ nacido/a el ____/____/____, sexo _____, con DNI/NIE/Pasaporte nº. _____ y con domicilio particular (para correspondencia) en _____
localidad de _____, Código Postal _____, Teléfono(s) _____ / _____, 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.

Toledo, a _____ de _____ de 202 ____

Firmado:

(1) Indicar lugar y localidad

(2) Privado o público, mixto, institucional, o colegiación sin ejercicio.

SRA. PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE TOLEDO

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en el Fichero "COLEGIADOS" titularidad del Ilustre Colegio de Médicos de Toledo, teniendo por finalidad la gestión del registro de Colegiados, así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de su Colegio, sito en C/ Núñez de Arce, 16 – 45003 Toledo. Los datos proporcionados serán facilitados al correspondiente Consejo Autonómico, 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.



Colegio Oficial de Médicos de Toledo

OTROS DATOS (1)

NACIONALIDAD:

Nacionalidad origen: _____

Nacionalidad actual: _____

GRADO/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 (MIR, homologación,...): _____

Fecha expedición título: ____/____/____

Núm. Registro Nacional de Títulos: _____

Fecha pago derechos expedición título: ____/____/____

Homologación títulos extranjeros:

Fecha homologación Título: ____/____/____

Especialidad 2: _____

Vía de obtención (MIR, homologación,...): _____

Fecha expedición título: ____/____/____

Núm. Registro Nacional de Títulos: _____

Fecha pago derechos expedición título: ____/____/____

Homologación títulos extranjeros:

Fecha homologación Título: ____/____/____



Colegio Oficial de Médicos de Toledo

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 : _____

Firma:

Fecha: _____ / _____ / 202____

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en el Fichero "COLEGIADOS" titularidad del Ilustre Colegio de Médicos de Toledo, teniendo por finalidad la gestión del registro de Colegiados así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de su Colegio, sito en C/ Núñez de Arce, 16 – 45003 Toledo. Los datos proporcionados serán facilitados al correspondiente Consejo Autonómico, 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.

COMUNICACIÓN DE DOMICILIO PROFESIONAL



Colegio Oficial de Médicos de Toledo

Ventanilla única

Número de colegido/a: _____

Apellidos: _____

Nombre: _____

DATOS OBLIGATORIOS DEL DOMICILIO PROFESIONAL:

(Imprescindible cumplimentar todos estos datos):

Centro de trabajo: _____
(Hospital, Centro de Salud, 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: _____

Firma:

Fecha: ____ / _____ / 202 ____

NOTAS:

- 1.- Para comprobar el registro en el Colegio de los títulos de médico especialista puede verificarse en la página web del Colegio (<http://www.comtoledo.org>, en "consulta pública de colegiados).
- 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 ICOM de Toledo.
- 5.- De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en el Fichero "SERVICIOS AL CIUDADANO" titularidad del **Ilustre Colegio de Médicos de Toledo**, 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 C/ Núñez de Arce,16 – 45003 Toledo. Los datos proporcionados serán facilitados al correspondiente Consejo Autonómico, 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.