



COLEXIO OFICIAL DE
PROTÉSICOS DENTAIS
DE GALICIA
CONSELLO GALEGO

Nº DE COLEXIADO

SOLICITUDE DE COLEXIACIÓN

*Todos os campos son de obrigatoria cumplimentación

DATOS PERSOAIS:

Nome e apelidos:	
DNI/NIE:	Data de nacemento:
Enderezo:	
Localidade:	C.P.
Provincia:	Nacionalidade:
Teléfono Particular	Teléfono Móvil:
Enderezo de correo electrónico:	

DATOS PROFESIONAIS:

Titulado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON	Habilitado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON	Homologación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON	Situación: <input type="checkbox"/> Exercente (1) <input type="checkbox"/> Non exercente
Realiza a súa actividade: <input type="checkbox"/> Por conta propia <input type="checkbox"/> Por conta allea	1ª Colexición: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON		
Especialidade profesional:	Especialidade do Laboratorio:		
Laboratorio onde desenvolve a actividade: Nome ou razón social			
Enderezo do Laboratorio:			
Localidade:	Provincia:		
C.P.	Teléfono:	Enderezo electrónico:	
Director Técnico. Nome e apelidos:			
Teño licenza de Funcionamento para fabricantes de produtos sanitarios a medida: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON			
Teño empregados ao meu cargo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NON	Nº de empregados: Protésicos dentais: _____ Non Protésicos dentais: _____		
Lugar onde desexa que lle sexa remitida a información colexial: (2) <input type="checkbox"/> Enderezo Particular <input type="checkbox"/> Enderezo Profesional			

Asdo.: Nome e apelidos: _____



COLEXIO OFICIAL DE
PROTÉSICOS DENTAIS
DE GALICIA
CONSELLO GALEGO

NOTAS:

(1): Considérase colexiado exercente o profesional que realice calquera actividade ou traballo ao amparo do título, habilitación ou homologación do título de protésico dental, sexan traballadores autónomos ou por conta allea.

(2): Se non se indica enderezo, entenderase que o colexiado desexa que se lle remita a información colexial ao seu enderezo particular.

RELACION DE DOCUMENTOS A AXUNTAR:

Unha vez cumprimentada esta solicitude de colexiación deberase remitir xunto con esta a seguinte documentación:

1. Tres fotografías tamaño carné
2. Fotocopia do DNI
3. Fotocopia compulsada do título, habilitación profesional ou da convalidación/homologación do título.
4. Informe de vida laboral da TXSS
5. Orixinal do resgardo do ingreso dos custes asociados á tramitación da inscrición (150,00 €) e da primeira cota mensual (38,00 €, colexiados exercentes e 17,00 €, colexiados non exercentes)
6. Autorización bancaria cumprimentada e asinada

CUSTES ASOCIADOS Á TRAMITACIÓN DA ALTA COLEXIAL E COTA ORDINARIA DE COLEXIACIÓN

- Importe dos custes asociados á tramitación da inscrición: **150,00 euros.**
 - Poderase solicitar o fraccionamento do pago dos custes asociados á tramitación da inscrición.
 - Para acollerse ao fraccionamento do pagos deberase solicitar ao Colexio no impreso regulamentario.
- **Cota colexial Ordinaria.** Xiraranse recibos mensuais o día 1 de cada mes
 - a) Cota colexiado exercente: **38,00 euros.**
 - b) Cota colexiado non exercente⁽¹⁾: **17,00 euros.**

(1) O mantemento da cota anterior quedará condicionado á acreditación semestral polo colexiado/a, mediante correo ordinario ou correo electrónico, de que se mantén a situación de inactividade laboral ou profesional. No caso contrario, procederase de oficio, e sen que medie acordo algún, a liquidar a cota ordinaria. No caso de xubilación, a acreditación realizarase unha soa vez no momento da solicitude.

Custes asociados á tramitación da inscrición e primeira cota mensual a ingresar na C/C:
ES47-0049-1467-2920-1045-6274 do Banco Santander.

De conformidade co establecido nos artigos 10 e 11 do Decreto 304/2008, do 9 de outubro, polo que se aproban os Estatutos do Colexio Oficial de Protésicos Dentais de Galicia, publicados no DOGA nº 25/2009, do 05/02, considerando que o que subscribe cumpre os requisitos de titulación e/ou homologación, presenta a documentación requirida, acredita o pago das cotas de colexiación e declara non incorrer en ningún suposto de inhabilitación profesional, prevista legalmente ou declarada mediante sentenza xudicial firme. **SOLICITO** que o Pleno da Xunta de Goberno ou órgano en quen delegue, de conformidade coas competencias que lle atribúe o artigo 29.ñ) dos Estatutos, teña por presentada a presente solicitude coa documentación que se acompaña e adopte o acordo no sentido de admitir a colexiación interesada.

En _____, a _____, de _____ de 202_____

Asdo.: Nome e Apellidos _____



COLEXIO OFICIAL DE
PROTÉSICOS DENTAIS
DE GALICIA
CONSELLO GALEGO

AUTORIZACIÓN BANCARIA

ORDENANTE:
ENTIDADE BANCARIA:
ENDEREZO:
LOCALIDADE:
PROVINCIA:
IBAN N° CCC (20 díxitos)

Pola presente, teño a ben requiririlles que, no sucesivo e ata orde expresa en sentido contrario, con cargo á conta corrente referida desa oficina da que son titular, abone os recibos que xire o COLEXIO OFICIAL DE PROTÉSICOS DENTAIS DE GALICIA ao meu nome.

Atentamente,

En _____, a _____, de _____ de 202__

Asdo.: Nome e Apelidos _____

Protección de datos Persoais

Os datos recollidos neste impreso serán tratados polo Colexio Oficial de Protésicos Dentais de Galicia con CIF Q2701000H, como responsable do tratamento coa finalidade de xestionar e tramitar a súa alta como colexiado, con base legal na obriga legal establecida para o exercicio da profesión. Os seus datos poderán ser comunicados no caso de ser necesario a Organismos e/ou Administración Pública con competencia na materia coa finalidade de cumprir coas obrigacións establecidas na normativa aplicable.

Pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ou solicitar máis información acerca do tratamento dos seus datos, dirixíndose ao seguinte enderezo de correo electrónico: coprodega.dpo@convenceavogados.es ou tamén por escrito, axuntando unha copia dun documento acreditativo da súa indentidade ao enderezo: Rúa Hórreo 7, 1º D, 15.702, Santiago de Compostela (A Coruña).