

DECLARACIÓN A EFECTOS DEL DEBER DE ASEGURAMIENTO EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE MÉDICAS Y MÉDICOS

Esta Declaración debe de ser cumplimentada por todos los profesionales médicos colegiados en Álava que hayan cambiado de actividad o no hayan actualizado su situación laboral en el Colegio en los últimos tres años.

Nombre:.....

Nº Colegiado/a:..... Especialidad:.....

Domicilio:

Población:..... Código Postal:..... Tfno.....

Correo electrónico.....

DECLARO QUE MI SITUACIÓN LABORAL ES LA SIGUIENTE:

Trabajo únicamente para Osakidetza (propietario/a, contrato definitivo, o eventual, MIR). **Centro de trabajo**.....

Trabajo únicamente para la Administración Pública (Ministerios, Gobierno Vasco, otros). **Centro de Trabajo**.....

Trabajo para Osakidetza y hago otro trabajo (privado, por cuenta ajena, etc.). **Centros de Trabajo**.....

Trabajo ajeno a Osakidetza. **Centro de Trabajo**.....

Jubilado/a en la actividad pública, **SIN** ejercicio privado de la profesión.

Jubilado/a en la actividad pública, **CON** ejercicio privado de la profesión.

Sin ningún tipo de actividad.

Esta Declaración la considero válida para los próximos **tres** años, **comprometiéndome a notificar al Colegio cualquier variación que se produzca en mi situación laboral en este periodo de tiempo (y que por lo tanto la modifique)** únicamente a los efectos del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes en materia de Colegios Profesionales en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

.....,de.....de.....

Firma,