Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Araba/Álava
Arabako Sendagileen Elkargo Ofiziala

FICHA DE INSCRIPCIÓN COLEGIAL

Nº DE COLEGIADO.....

Fecha de colegiación..... /...../.....

A. DATOS PERSONALES

Nombre…….....

Apellido 1º…….....

Apellido 2º…….....

Fecha de Nacimiento...../...../..... Lugar de nacimiento……

Provincia…… País……..... Nacionalidad……

DNI…… Pasaporte/T. Residencia Nº……... Caducidad…..../…..../…...

Sexo (1)…… Estado civil (2)……..... Nº de hijos……

Domicilio particular: c/.....…….....

Localidad…….. Provincia…… C. Postal…….....

Teléfono……..... Teléfono Móvil…….....

E-mail……..

Domicilio para entregar el correo (3): Part. ☐ Profes. ☐

B. DATOS COLEGIALES

1ª Colegiación: SI ☐ NO ☐ Colegio de procedencia (4) ……

Tipo de colegiado: ☐ Con ejercicio ☐ Sin ejercicio

Secciones colegiales a las que pertenece (5): ☐ Med. Formación y/o Postgrado ☐ Med. Jubilados

☐ Med. Hospitales ☐ Med. AP Urbana ☐ Med. AP Rural ☐ Med. privada cuenta propia

☐ Med. privada cuenta ajena ☐ Med. Adm. públicas ☐ Med. con empleo precario

C. DATOS ACADÉMICOS:

Licenciado en Universidad de……..... Año fin de carrera…….....

Fecha resguardo Título...../...../..... Fecha Título...../...../.....

Doctorado en la Universidad de…….....

Fecha resguardo Título...../...../..... Fecha Título...../...../.....

Especialidad principal: ……

Centro de especialización:…… Localidad:…….

Fecha de inicio especialidad:…..../...../…..… Fecha de terminación:…..../…..…/.....

Vía de obtención…… Fecha certificado de especialidad:…..../...../…..……

Fecha resguardo: …..../.....…../..... Fecha Título……..../.....…../...…….

Especialidad segunda: ……

Centro de especialización:…… Localidad:…….

Fecha de inicio especialidad:…..../...../…..… Fecha de terminación:…..../…..…/.....

Vía de obtención…… Fecha certificado de especialidad:……../...../…..…..

Fecha resguardo: …..../.....…../..... Fecha Título…..../.....…../...……..

Especialidad tercera: …….....

Centro de especialización:…… Localidad:……..

Fecha de inicio especialidad:…..../...../…..… Fecha de terminación:…..../…..…/.....

Vía de obtención…… Fecha certificado de especialidad:…..../...../…..…….

Fecha resguardo: …..../.....…../..... Fecha Título…..../.....…../...……

Habilitación Comunidad Europea……

Otros títulos universitarios:……...

Idiomas (6):

Idioma 1: ……. Nivel hablado……. Nivel escrito……..
Idioma 2: ……. Nivel hablado……. Nivel escrito……..
Idioma 3: ……. Nivel hablado……. Nivel escrito……..

D. DATOS LABORALES

Osakidetza:

Centro de Trabajo:…….....

Domicilio profesional c/…….....

Localidad……..... Provincia…… C. Postal…….....

Teléfono…….....……..E-mail…….....

Tipo de Trabajo: Exclusividad: SI ☐ NO ☐ Vinculación laboral: (7)...…….....

Cargo que se ostenta (8):…….....

Especialidad que ejerce:…….....

Otras Administraciones:

Nombre de la entidad donde trabaja:…….....

Centro de Trabajo:…….....

Domicilio profesional c/…….....

Localidad……..... Provincia…… C. Postal…….....

Teléfono……..... E-mail…….....

Tipo de Trabajo: Exclusividad: SI ☐ NO ☐ Vinculación laboral: (7)...…….....

Cargo que se ostenta (8):…….....

Especialidad que ejerce:…….....

Otras empresas:

Nombre de la entidad donde trabaja:…….....

Domicilio profesional c/…….....

Localidad……..... Provincia…… C. Postal…….....

Teléfono……..... E-mail…….....

Especialidad que ejerce:…….....

Tipo de trabajo: Libre: SI ☐ NO ☐ ; Seguro Libre: SI ☐ NO ☐;

Alta Impuesto Actividades Económicas: SI ☐ NO ☐ Fecha...../.....…./.....

Consulta privada (por cuenta propia):

Nombre de la entidad donde trabaja (9):…….....

Domicilio profesional c/…….....

Localidad……..... Provincia…… C. Postal…….....

Teléfono…….. …… E-mail…….....

Especialidad que ejerce:…….....

Tipo de trabajo: Libre: SI ☐ NO ☐ ; Seguro Libre: SI ☐ NO ☐;

Alta Impuesto Actividades Económicas: SI ☐ NO ☐ Fecha...../.....…./.....

RETA ☐ Mutualidad ☐

Consulta privada (por cuenta ajena):

Nombre de la entidad donde trabaja (9):…….....

Domicilio profesional c/…….....

Localidad……..... Provincia…… C. Postal…….....

Teléfono……..…… E-mail…….....

Especialidad que ejerce:…….....

Tipo de trabajo: Libre: SI ☐ NO ☐ ; Seguro Libre: SI ☐ NO ☐;

Alta Impuesto Actividades Económicas: SI ☐ NO ☐ Fecha ...../.....…./.....

Otros puestos de trabajo: (10)…….....

Docencia en:…….....

D. DATOS ECONÓMICOS

Banco/Caja:……..... Domicilio de la sucursal C/…….

Localidad…….

IBAN Cta/Lta. Nº

Seguro de Responsabilidad Civil profesional a través del Colegio: SI ☐ NO ☐

Los datos personales facilitados y cualesquiera otros generados durante el desarrollo de la relación con Ud. serán tratados por el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ARABA/ÁLAVA para mantener el contacto y la comunicación y gestionar y administrar las relaciones con los colegiados y/o solicitantes de colegiación. Dicho tratamiento se basa en la relación derivada de la condición/solicitud de colegiado, en el cumplimiento de las obligaciones impuestas por la Ley de Colegios Profesionales y en nuestro interés legítimo. En las actividades y eventos que organicemos, se podrán hacer fotografías y/o videos. Se comunicarán datos a terceros. No se realizan transferencias internacionales de datos Puede, cuando proceda, acceder, rectificar, suprimir, oponerse, pedir la portabilidad de los datos, limitar el tratamiento, y no ser objeto de decisiones sólo automatizadas, como se detalla en la información adicional y completa que puede ver en la política de privacidad de la página web www.icoma.eus

Autorizo expresamente al Colegio Oficial de Médicos de Álava a realizar cuantas consultas considere oportunas con el fin de confirmar la validez de la documentación necesaria para mi ficha colegial.

OBSERVACIONES: (11)

…….....
…….....

Fecha: ...../.....……/.....…

Firma:

Anexo: Documentos que aporta:

- ☐ Resguardo del título de Licenciado o Grado en Medicina.
- ☐ Título de Licenciado o Grado en Medicina.
- ☐ Resguardo del título de Doctor en Medicina.
- ☐ Título de Doctor en Medicina.
- ☐ Certificado de residencia especialista en……..
- ☐ Resguardo del título de Especialista en……...
- ☐ Título de Especialista en…….
- ☐ Certificado de baja del colegio anterior.
- ☐ Declaración jurada.
- ☐ Fotocopia del Documento Nacional de Identidad (No caducado).
- ☐ Dos fotografías.
- ☐ Seguro de Responsabilidad Civil (Solicitud o comprobante de seguro anterior).

Notas:

(1). Hombre. Mujer.
(2). Soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a, separado/a
(3). Elegir entre el del trabajo o el particular
(4). Anote el Colegio de procedencia si respuesta anterior ha sido NO.
(5). En función de su trabajo puede pertenecer a más de una Sección; anótelas.
(6). Indique los idiomas y el nivel de los mismos con los indicadores bajo/ medio /alto.
(7). Anote que tipo de vinculación laboral: Fijo, interino, sustituto, guardias, MIR. etc.
(8). Indique el cargo que tiene en su centro de trabajo: Jefe de Servicio, Facultativo Especialista de Área, Coordinador de equipo de atención primaria, etc.
(9). Clínica privada, Centro de consultas, consultorio propio, etc.
(10). Escriba otros puestos de trabajo distintos de los citados, si los hubiere.
(11). Cualquier otra información de interés que no haya sido consignada anteriormente.