



FICHA DE INSCRIPCIÓN COLEGIAL

A rellenar por el ICOMA

N.º DE COLEGIACIÓN.....

Fecha de colegiación...../...../.....

A. DATOS PERSONALES

Nombre

Apellido 1º

Apellido 2º

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

Provincia..... País..... Nacionalidad

DNI/NIE/ Pasaporte Nº..... Caducidad...../...../.....

Sexo (1)..... Nº de hijos

Domicilio particular: c/

Localidad Provincia C. Postal

Teléfono Móvil E-mail

B. DATOS COLEGIALES

1º Colegiación: SI NO Colegio de procedencia (2)

Tipo de colegiado: Con ejercicio Sin ejercicio

Secciones colegiales a las que pertenece (3):

Medicos jóvenes y promoción de empleo Medicos jubilados

Medicos A. P. Urbana Medicos A. P. Rural Medicos Administraciones Públicas

Medicos de hospitales Medicos ejercicio privado Médicos tutores y docentes

C. DATOS ACADÉMICOS

Licenciado/Graduado en Universidad de Año fin de carrera.....

Fecha Título (o resguardo en caso de no tenerlo todavía)/...../.....

Homologación títulos extranjeros: Fecha homologación Título:/...../.....

Doctorado en la Universidad de

Fecha Título (o resguardo en caso de no tenerlo todavía)/...../.....

Especialidad principal:
Centro de especialización:..... Localidad:
Fecha de inicio especialidad:/...../..... Fecha de terminación:/...../
Vía de obtención..... Fecha certificado de especialidad:...../...../
Fecha Título (o resguardo en caso de no tenerlo todavía)/...../
Homologación títulos extranjeros: Fecha homologación Título:/...../

Especialidad segunda:
Centro de especialización: Localidad:
Fecha de inicio especialidad:/...../..... Fecha de terminación:/...../
Vía de obtención..... Fecha certificado de especialidad:...../...../
Fecha Título (o resguardo en caso de no tenerlo todavía)/...../
Homologación títulos extranjeros: Fecha homologación Título:/...../

Especialidad tercera:
Centro de especialización: Localidad:
Fecha de inicio especialidad:/...../..... Fecha de terminación:/...../
Vía de obtención..... Fecha certificado de especialidad:...../...../
Fecha Título (o resguardo en caso de no tenerlo todavía)/...../
Homologación títulos extranjeros: Fecha homologación Título:/...../

Otros títulos universitarios:

Idiomas (4):

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 (5):
Cargo que se ostenta (6):
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 (5):
Cargo que se ostenta (6):
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 (7):
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 (7):
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/...../.....

Docencia :.....

