



Ilustre Colegio Oficial de Dentistas  
de Santa Cruz de Tenerife

Registro Entrada

Foto

## SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

|              |               |  |
|--------------|---------------|--|
| Nº COLEGIADO | FECHA DE ALTA | CON EJERCICIO <input type="checkbox"/> |
|              |               | SIN EJERCICIO <input type="checkbox"/> |

### DATOS PERSONALES

|                            |                  |                  |
|----------------------------|------------------|------------------|
| Nombre                     | Apellidos        | N.I.F./N.I.E.    |
| Nacionalidad               | Fecha Nacimiento | Lugar Nacimiento |
| Dirección Particular/Calle | Nº               | Piso y otros     |
| C.P.                       | Poblacion        | Municipio        |
| Telefono particular        | Móvil            | E-mail           |

### TITULACIÓN

|                                  |                        |                    |
|----------------------------------|------------------------|--------------------|
| Titulo académico original        | Universidad            |                    |
| País                             | Fecha Expedición       | Clase de Documento |
| Homologado al titulo español (*) | Fecha homologación (*) | Fecha curso RX     |

(\*) En el caso de títulos extranjeros

### OTROS TITULOS UNIVERSITARIOS

|        |             |       |
|--------|-------------|-------|
| Titulo | Universidad | Fecha |
|--------|-------------|-------|

DESEO RECIBIR LA CORRESPONDENCIA EN :

Direc.Consulta

Direc. Particular

### COLEGIADO ANTERIORMENTE

|                             |         |              |
|-----------------------------|---------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Si | Colegio | Ejercicio en |
| <input type="checkbox"/> No |         |              |

### SOLICITA

Su inscripción en el Ilustre Colegio Oficial de Dentista de Santa Cruz de Tenerife, a cuyos efectos declara que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y anexos, y que no se encuentran incapacitado ni inhabilitado para el ejercicio de la profesión de dentista. Así mismo acepta expresamente las competencias de ordenación, control, y potestad disciplinaria que rigen el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Santa Cruz de Tenerife de conformidad con sus Estatutos y demás normativa legal de aplicación

Santa Cruz de Tenerife, .....de .....de .....

Firma