



Registro de entrada
---------------------

Ilustre Colegio Oficial de Dentistas  
de Santa Cruz de Tenerife

**SOLICITUD DE BAJA COLEGIAL**

FECHA OFICIAL DE BAJA
-----------------------

**Datos Personales :**

Nombre	Apellidos
Nº Colegiado	N.I.F./N.I.E.

**Motivo de su solicitud de Baja:**

<input type="checkbox"/> Por enfermedad o invalidez	<input type="checkbox"/> Por cese en el ejercicio profesional
<input type="checkbox"/> Por estudios Post-grado	
<input type="checkbox"/> Por traslado al Colegio .....	
<input type="checkbox"/> Por otros motivos.....	

**Destino de la clínica o clínicas declaradas ante el Colegio :**

<b>En caso de ser propietario</b>	
<input type="checkbox"/> Traspaso de la clínica dental	<input type="checkbox"/> Cierre y baja como establecimiento sanitario
<input type="checkbox"/> Otros .....	
<b>En el caso de ser colaborador</b>	Era Titular Sanitario: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Documentos que entrega**

<input type="checkbox"/> Carnet de Colegiado ( obligatorio)	<input type="checkbox"/> Tarjeta RIDO ( obligatorio)
<input type="checkbox"/> Diploma de Colegiado ( obligatorio)	
Observaciones: .....	
.....	

**Dirección para envío postales**

Calle	Nº	Piso y otros	
C.P.	Poblacion	Municipio	
Telefono contacto	Móvil	E-mail	

Solicita la Baja Colegial para lo cual cumplimenta este impreso voluntariamente y declara que son ciertos los datos aquí reflejados.

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

Fdo:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos por medio de la presente ficha y anexos serán tratados y quedarán incorporados en los ficheros del COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE con el fin de llevar a cabo una correcta gestión de los colegiados del Colegio y mantenerle informado de los servicios ofrecidos por el Colegio. En este sentido usted consiente de forma expresa a que sus datos sean cedidos, en caso que sea necesario, al Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, todo ello a los efectos de dar cumplimiento a las necesidades relacionadas con la gestión de colegiados del Colegio y mantener actualizadas las altas y bajas de los mismos. Asimismo, le informamos que Ud. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la calle Imeldo Serís Nº 57, 1º, 38003 de Santa Cruz de Tenerife o en la dirección de correo electrónico secretaria@dentef.es