



# COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE ALMERÍA

C/. Los Picos, 5- Entr. 7 • 04004 ALMERIA • Teléfono 950 26 72 78 • Fax 950 24 49 57

## SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

FOTOGRAFIA

Colegiado nº \_\_\_\_\_

<b>D. / Dña.</b>		
<b>Natural:</b>	<b>Provincia:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>D.N.I.:</b>	
<b>Domicilio:</b>		
<b>Población:</b>	<b>Provincia:</b>	<b>C.P.:</b>
<b>Teléfono Fijo:</b>	<b>Tlf. Móvil:</b>	<b>Fax:</b>
<b>Correo electrónico:</b>		

## DATOS ACADÉMICOS

<b>Título:</b>	<b>Especialidad:</b>
<b>Fecha fin de carrera:</b>	<b>Fecha Título:</b>
<b>Facultad:</b>	
<b>Colegio de Procedencia</b>	

Acatando por la firma de la presente todas las disposiciones que regulan la colegiación obligatoria, me obligo y comprometo a abonar las cuotas colegiales ordinarias y extraordinarias establecidas o que se impongan, que haré efectivo en el Colegio en el que solicito mi incorporación, sometiéndome de modo expreso a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales a que corresponde dicho Colegio, renunciando al fuero del Juzgado y Tribunal de mi domicilio, lo que hago voluntariamente y de modo expreso a favor de los Tribunales a que pertenecen el Colegio en el que pretendo mi colegiación.

Acatando los Estatutos del Colegio así como el Código Deontológico vigente.

Almería, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Vº Bª  
El Presidente

El Secretario

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE ALMERÍA.