COLEGIO DE DENTISTAS
DE SEGOVIA

Solicitud de Certificado

D./Dª.: _____

Colegiado/a Nº: _____

Solicita del Colegio de Dentistas de Segovia certificado acreditativo de:

- ☐ Certificado de Colegiación
- ☐ Certificado de Colegiación y pago de Póliza de Responsabilidad Civil
- ☐ Certificado de Pago de Cuotas
- ☐ Otros (Indicar el motivo):

A efectos de: _____

Una vez preparado, ruego:

- ☐ Me avisén al teléfono para recogerlo en la Sede Colegial
- ☐ Me lo envíen por correo a mi dirección (El certificado se enviará siempre a la dirección que figura en la base de datos del Colegio)

Segovia, _____ de _____ de _____

Firnado: _____

Los datos que figuran en este formulario serán incluidos en la base de datos que existe en este Colegio de Dentistas de Segovia y que tiene por finalidad el cumplimiento de los fines asignados a los Colegios Profesionales por la Ley 2/1974, de 13 de Febrero, de Colegios profesionales (artículo 5J) y su información será utilizada por las autoridades colegiales para dichos fines. es obligatoria la cumplimenatción de este cuestionario, en el caso de que los datos recabados hayan sufrido variación desde la última comunicación y su negativa cuando sea improcedente podrá dar lugar a la imposición de las sanciones procedentes por imcumplimiento del deber establecido en el artículo 18.2b de los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo general aprobados por real Decreto 2828/1998, de 23 de diciembre. Los datos relativos a nombre, título, profesión, actividad, grado académico dirección e indicación de su pertenencia a este colegio serán publicados en la próxima edición del anuario y en la página web, y serán facilitados a quien lo solicite. en cualquier momento puede solicitar información de los datos obrantes en este fichero solicitar su rectificación en lo que sean inexactos o incompletos y su cancelación.