

# **Ilstre Colegio Oficial de Médicos de Almería**

Primera colegiación Licenciados en España

Formularios e información necesaria para los médicos que se quieran inscribir en el Colegio de Médicos de Almería por primera vez y han obtenido la Licenciatura de Medicina en España.

**INSTRUCCIONES DE USO Y CONDICIONES DEL SERVICIO**

El usuario que desee tramitar electrónicamente su solicitud de colegiación ante este Colegio, deberá de tener en cuenta las siguientes instrucciones de uso y condiciones del servicio:

1.- **Protección de Datos.** De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, el colegiado queda informado y acepta la incorporación de sus datos a los ficheros automatizados existentes en el Colegio de Médicos de Almería, que se conservarán en el mismo con carácter confidencial, sin perjuicio de las remisiones de obligado cumplimiento. Su finalidad es realizar el control y seguimiento posterior de las funciones propias de la actividad del Colegio Profesional. Si no nos manifiesta lo contrario entendemos que usted consiente el tratamiento indicado. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio social del Colegio Oficial de Médicos de Almería, calla Gerona, nº 11 – 04001 Almería.

2.- **Datos del solicitante y datos académicos.** Para que se puedan iniciar las gestiones de su solicitud de colegiación es indispensable rellenar correctamente sus datos personales, aportando para una mejor comunicación Colegio/colegiado, como mínimo un móvil y una cuenta de correo electrónico de contacto.

Sin los datos del solicitante ni el aporte de los documentos acreditativos de la titulación, este Colegio no podrá iniciar la gestión de su solicitud de colegiación y, por tanto, se procederá al archivo del expediente.

3.- **Presentación de documentos.** La presente solicitud de colegiación se remitirá al correo electrónico [colegio@comeal.org](mailto:colegio@comeal.org) y se aportarán adjuntos a la misma, escaneados, todos los documentos requeridos, así como aquellos otros que no figurando en relación a dicho apartado desee aportar en apoyo de lo solicitado.

Por ello asume la comprobación por parte de este Colegio de Médicos de la inexactitud o falsedad en cualquier dato, manifestación o documento de carácter esencial, que se hubiese aportado o del incumplimiento de los requisitos que la legislación vigente determinará la imposibilidad de continuar con la tramitación desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar. Asimismo, asume el compromiso de poner a disposición de quien lo solicite los documentos originales que acrediten la autenticidad de la información proporcionada. La falta de los datos del solicitante o de alguno de los documentos que se deben aportar junto con la presente solicitud podrá ser motivo de archivo del Expediente.

Los documentos de su solicitud de colegiación y la documentación original se presentaran en nuestras oficinas sitas en calle Gerona, nº 11, de Almería. Para ello igualmente deberá cumplimentar la correspondiente solicitud de colegiación y presentar los documentos originales, siendo necesarios los que figuran relacionados, pudiendo aportar igualmente aquellos que en apoyo de sus pretensiones desee.

4.- **Domiciliación de recibos.** La documentación relativa a la autorización bancaria para la domiciliación de recibos colegiales es de obligada cumplimentación. De no consignarse datos en este apartado será causa del archivo del expediente.

**SOLICITUD DE ALTA**  
1ª colegiación licenciados en España

La inscripción en el Ilte. Colegio Of de Médicos de Almería, esta regulada por el Decreto Ley 6/2000, que modifica la Ley 2/1974 de Colegios Profesionales y la Ley 10/2003, de 6 de noviembre, reguladora de los Colegios Profesionales de Andalucía, el Decreto 216/2006, de 12 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de los Colegios Profesionales de Andalucía y su funcionamiento por los Estatutos Colegiales.

DATOS PERSONALES	
NOMBRE	
APELLIDOS	
DOMICILIO PARTICULAR	
LOCALIDAD	
CODIGO POSTAL	
TELEFONO	
MOVIL	
E-MAIL	

El médico que suscribe, una vez leída la Legislación y Estatutos que contiene “información para colegiarse”, desea incorporarse al Ilte. Colegio Of. de Médicos de Almería para ejercer la profesión, al tener las condiciones legales para ello y reunir los requisitos exigidos en sus Estatutos, para lo cual acompaña los documentos que declaro bajo juramento que son fieles a sus originales:

- N.I.F o Permiso de Residencia (para extranjeros)
- Fotografía (tamaño carnet)
- Título de Licenciado en Medicina o Resguardo abono derechos titulo y certificación académica
- Título de Especialista o certificado unidad docente
- Autorización bancaria domiciliando cuotas colegiales

DATOS CENTRO TRABAJO ADMINISTRACION PUBLICA	
NOMBRE DEL CENTRO	
RELACION LABORAL	
CATEGORIA	
ESPECIALIDAD	

DATOS CENTRO TRABAJO DISTINTO DE ADMINISTRACION PUBLICA	
NOMBRE DEL CENTRO	
RELACION LABORAL	
CATEGORIA	
ESPECIALIDAD	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
CODIGO POSTAL	
TELEFONO	

- SI  NO Desea contratar la Póliza Colectiva de Responsabilidad Civil Profesional, ofertada por el Colegio?
- SI  NO Deseo modificar el orden de los beneficiarios previstos en la legislación vigente de la Póliza Colectiva de Vida, gratuita para el Colegiado, con cobertura en caso de fallecimiento de 9.000 euros que el Colegio tiene suscrita (1º.- Cónyuge, 2º.- Hijos de matrimonio, 3º.- Padres, 4º.- Hermanos, 5º.- Otros derechohabientes).

ORDEN BENEFICIARIOS	
---------------------	--

Para optar por las Ayudas que pudiera corresponderme en el PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) del Colegio de Médicos de Almería, formulo la siguiente: DECLARACION JURADA, para hacer constar que durante los cinco últimos años desde el día de la fecha, no he sufrido, ni padezco problema psíquico y/o conducta adictiva alguna, que pueda menoscabar mi entorno familiar o mi ejercicio profesional.

SI  NO - Acepto la Declaración Jurada.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, el colegiado queda informado y acepta la incorporación de sus datos a los ficheros automatizados existentes en el Colegio de Médicos de Almería, que se conservarán en el mismo con carácter confidencial, sin perjuicio de las remisiones de obligado cumplimiento. Su finalidad es realizar el control y seguimiento posterior de las funciones propias de la actividad del Colegio Profesional.

SI  NO Autorizo la cesión de mis datos personales y particulares exclusivamente para pólizas colectivas y convenios de colaboración suscritos por el Colegio de Médicos de Almería.

Quedo informado que puedo ejercitar en cualquier momento mi derecho, a la cancelación, rectificación o anulación de mis datos. La identidad y dirección del responsable son: Ilte. Colegio Oficial de Médicos de Almería, calle Gerona, nº 11, 04001 – Almería

En Almería a

Fdo \_\_\_\_\_

## **DECLARACION DE NO COLEGIACION**

<b>Nombre</b>	
<b>Apellidos</b>	
<b>NIF-NIE-Pasaporte</b>	

mayor de edad, ante el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ALMERÍA,  
comparece y

### **EXPONE:**

Que por medio del presente escrito hace constar bajo SU RESPONSABILIDAD de que **no ha estado ni esta inscrito** en ningún Colegio de Médicos de España, antes de solicitar la inscripción en esta Corporación.

Y para que conste ante esta Corporación Provincial suscribe la presente bajo su absoluta responsabilidad, en Almería, a

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

## **DECLARACION DE NO INHABILITACION**

<b>Nombre</b>	
<b>Apellidos</b>	
<b>NIF-NIE-Pasaporte</b>	

mayor de edad, ante el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ALMERÍA,  
comparece y

### **EXPONE:**

Que por medio del presente escrito realiza DECLARACION RESPONSABLE de **no estar inhabilitado temporal o definitivamente** para el ejercicio de la profesión de médico, ni encontrarme incurso en expediente disciplinario alguno instruido como consecuencia de dicho ejercicio profesional.

Y para que conste ante esta Corporación Provincial suscribe la presente bajo su absoluta responsabilidad, en Almería, a

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

## **AUTORIZACIÓN BANCARIA**

Sr. Director de \_\_\_\_\_

Ruego de las órdenes oportunas, para que con cargo a mi cuenta en ese Banco sean abonados los recibos que el **ILTE. COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ALMERIA**, presente a nombre de :

BANCO O CAJA			
ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE CUENTA

En Almería a

Fdo \_\_\_\_\_

<b>Nombre</b>	
<b>Apellidos</b>	
<b>Nif – Nie - Pasaporte</b>	

### **DECLARO**

Que he sido informado en el momento de colegiarme en el Ilte. Colegio Oficial de Médicos de Almería, de la obligación que establece la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias en su artículo 46 a los profesionales que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, tienen que suscribir un Seguro de Responsabilidad Civil Profesional, o en su caso, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causados con ocasión de la prestación de la asistencia sanitaria, haciéndose responsable caso de no tener ninguna de estas condiciones de las consecuencias que puedan derivar.

En Almería a

Fdo: \_\_\_\_\_