



AL ILMO. SR. PRESIDENTE DEL
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE GRANADA:

 D/ DÑA.

NOMBRE**PRIMER APELLIDO****SEGUNDO APELLIDO****SEXO**

MUJER

HOMBRE



Licenciada/o Graduada/o en Medicina,

EXPONE: Que cumpliendo cuantos requisitos determinan las normas vigentes en lo relativo a la colegiación y conociendo la información colegial que figura en la página 3, con la que es conforme, desea pertenecer al Colegio de Médicos de Granada, por lo que,

SOLICITA: Su inscripción como colegiada/o, a cuyo fin **DECLARA** los siguientes datos que justifica documentalmente.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI NIE PASAPORTE NÚMERO

NACIONALIDAD ACTUAL ESPAÑOLA OTRA (indicar)

NACIONALIDAD DE ORIGEN ESPAÑOLA OTRA (indicar)

FECHA DE NACIMIENTO LUGAR

FECHA FIN DE CARRERA FACULTAD

LICENCIATURA/GRADO TÍTULO RESGUARDO HOMOLOGACIÓN FECHA

DOCTORADO TÍTULO RESGUARDO HOMOLOGACIÓN FECHA

ESPECIALIDAD TÍTULO RESGUARDO HOMOLOGACIÓN FECHA

OTRAS TITULACIONES

FORMACIÓN DE ESPECIALIDAD SÍ PERÍODO MIR 20 /20

NOMBRE DE ESPECIALIDAD

Autorizo al Colegio de Médicos de Granada a comprobar y consultar en el organismo competente la veracidad de los datos referentes a mis titulaciones, así como a incorporar los mismos a los que sobre mi consten en el Colegio.

* **MARCAR OBLIGATORIAMENTE**





DATOS COLEGIALES:

FORMA DE INCORPORACIÓN PRIMERA COLEGIACIÓN (1)

PROCEDENTE DE COLEGIO (indicar)

Otros colegios a los que ha pertenecido

(1) Declaro no haber ejercido la medicina ni haber estado colegiado en ninguna otra provincia del territorio nacional de España.



DATOS PROFESIONALES:

CARGO QUE DESEMPEÑA

CARGOS QUE HA DESEMPEÑADO

ACTIVIDADES ECONÓMICAS SÍ FECHA DE ALTA

LOCALIDAD

DESEA SER SOCIO PROTECTOR DE LA FPSOMC SÍ PROCEDENCIA COLEGIO

25,00 €/trimestre

[Fundación para la Protección Social de la Organización Médica Colegial](#)

NO

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PÓLIZA COMG

OTRA COMPAÑÍA (indicar)

SIN ACTIVIDAD MÉDICA



OTROS DATOS DEL COLEGIADO:

Nombre y apellidos del padre

Nombre y apellidos de la madre

Estado civil

Nombre y apellidos del cónyuge

Hijos (Nombre y año de nacimiento)





DOMICILIO PARTICULAR:
Sólo para uso del Colegio

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

C.P.

PROVINCIA

TELÉFONOS

E-MAIL (1)



DOMICILIO PROFESIONAL:
Datos de carácter público a disposición del ciudadano según R.D. 1720/2007, artículo 7.c (2)

EJERCICIO PÚBLICO

----- EN SAS

EN OTRA ADMINISTRACIÓN

Atención Primaria

Atención Hospitalaria

Tutoría/Docencia

Gestión/Administración

Forense/Medicina Legal

Inspección

CENTRO

ESTABLECIMIENTO

DOMICILIO

LOCALIDAD

C.P.

PROVINCIA

TELÉFONOS
A DISPOSICIÓN
DEL PÚBLICO

E-MAIL

ESPECIALIDAD

FECHA INICIO
ACTIVIDAD



EJERCICIO PRIVADO

POR CUENTA PROPIA

POR CUENTA AJENA

ATENCIÓN HOSPITALARIA

CONSULTA O CENTRO MÉDICO

CENTRO

ESTABLECIMIENTO

NICA

DOMICILIO

LOCALIDAD

C.P.

PROVINCIA

TELÉFONOS
A DISPOSICIÓN
DEL PÚBLICO

E-MAIL

ESPECIALIDAD

FECHA INICIO
ACTIVIDAD

SIN EJERCICIO

JUBILADO

EN DESEMPLEO

EN PRECARIO

OTRA CAUSA

(1) De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento UE 679/2016 y en la Ley Orgánica 3/2018, autorizo al Colegio de Médicos de Granada para que me envíe información a la dirección de correo electrónico indicada.

(2) El Real Decreto 1720/2007, BOE 19/01/2008, Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal, establece que son fuentes accesibles al público las listas de colegiados que contengan estos datos.

DECLARO bajo mi responsabilidad que me encuentro física y psíquicamente apto para mi ejercicio profesional así como que conozco y me comprometo con el Código Deontológico y El Buen Quehacer Médico. **AUTORIZO** al Colegio y sus Instituciones para que me envíe sus comunicaciones postales, electrónicas y telefónicas a las direcciones y teléfonos correspondientes que figuran en el apartado DOMICILIO PARTICULAR.

La efectividad de esta colegiación queda pendiente de su aprobación por la Junta Directiva del Colegio

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le comunicamos que el responsable del tratamiento de sus datos es el ILUSTRE COLEGIO DE MÉDICOS DE GRANADA, con domicilio en c/ Andrés Segovia, 53 18008 GRANADA, con teléfono 95880600 y dirección de correo electrónico protecciondatos@comgranada.com. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y derecho a la portabilidad de sus datos mediante solicitud escrita dirigida a este Colegio.

GRANADA A

DE

DE 20

FIRMA DIGITAL

Quedo conforme con el contenido de las páginas 1 a 5

(Haga clic sobre el cuadro para incorporar la firma digital)





INFORMACIÓN COLEGIAL:

EL Colegio Oficial de Médicos de Granada tiene reguladas sus actuaciones por los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (O.M.C.) (Decreto 1018/1980) y por los Estatutos Particulares del propio Colegio (Orden de 29 de mayo de 2014), los cuales, como el Código de Deontología Médica, han de ser observados por todos los colegiados. Asimismo el Colegio forma parte del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (C.G.C.O.M) y del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (C.A.C.M.), los cuales se rigen por sus propios estatutos.

En la O.M.C. existe una Fundación para la Protección Social que protege con ayudas económicas mensuales y becas a los huérfanos de colegiados y ampara a médicos, viudas y huérfanos de médicos incapacitados, con ingresos inferiores a los límites determinados. A estos fines figura establecida la correspondiente cuota de carácter voluntario.

En el ámbito provincial existe una Ayuda Colegial por Defunción que permite entregar a los beneficiarios de cada colegiado que fallezca un subsidio que depende del importe de una cuota extraordinaria abonada a tal efecto por los colegiados. No se incorporarán al sistema de Ayuda Colegial por Defunción, y por tanto no tendrán los derechos ni las obligaciones del mismo, quienes al inscribirse en el Colegio hayan cumplido la edad de 65 años o sin haberlos cumplido se encuentren en estado de invalidez o incapacidad física total.

Existe la obligación legal de tener cubierto el riesgo de responsabilidad civil en la que pueda incurrir como consecuencia del ejercicio profesional. El Colegio de Médicos de Granada tiene contratada una póliza colectiva de Responsabilidad Civil Profesional para los colegiados que lo soliciten, a fin de atender la obligación legal de cobertura de responsabilidad civil, abonando una cuota por tal concepto. En el caso de no inclusión en dicha póliza se debe justificar por parte del médico colegiado ejerciente que tiene cubierta dicha eventualidad, para lo que ha de obrar en este Colegio certificación actualizada y vigente expedida por la compañía aseguradora.

Tanto la cuota de inscripción como las corrientes que correspondan, generalmente trimestrales, serán pasadas al cobro a través de la entidad indicada por cada colegiado, a cuyo fin pueden existir convenios con entidades bancarias.

El solicitante autoriza al Colegio y a la O.M.C. a hacer el uso que consideren conveniente de los datos que declara.

En el caso de que al solicitar la colegiación se presente el recibo de la universidad que justifique tener abonados los derechos de expedición del título de licenciado, el solicitante quedará obligado a presentar el correspondiente título original en el Colegio para su registro, cuando le sea facilitado. En tanto éste le sea expedido, deberá presentar certificación de la universidad correspondiente, expedida de acuerdo con lo previsto en la instrucción novena de la Resolución de 26 de junio de 1989 (BOE 18/7/89) de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación.

Quedo informado de la normativa sobre Consultas Médicas referente a:

- Registro de Centros y Consultas Médicas, en la Delegación provincial de Salud.
- Alta Censal en el impuesto de Actividades Económicas (IAE) en la AEAT y Licencia Municipal de Apertura.
- Régimen especial de autónomos de la Seguridad Social (RETA) o en la mutualidad alternativa (Mutual Médica). Prevención de riesgos laborales.
- Aparatos de Rayos X.
- Obligaciones de información y documentación. (Ley 41/2002 de Autonomía del paciente)
- Ficheros de datos personales (Agencia de Protección de Datos)
- Cobertura de Responsabilidad Profesional (Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias)
- Consentimiento informado (Ley 41/2002 de Autonomía del paciente)
- Formación continuada (Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias).
- Receta Médica Privada (Real Decreto 1718/2010)

El solicitante asume el compromiso de comunicar al Colegio todos los datos precisos que modifiquen en lo sucesivo la situación que actualmente declara, así como el de cumplir con sus deberes de colegiado.

