



Col·legi Oficial de Metges
Illes Balears

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Instancia normalizada

DATOS DEL SOLICITANTE

COLEGIADO Nº

Nº DE CONTROL

*Datos obligatorios

Apellidos*: _____ Nombre*: _____

Nº D.N.I.*: _____ Nº identificación extranjeros (N.I.E.)*: _____

Natural de*: _____ País*: _____

Nacionalidad actual*: _____ Nº del pasaporte (extranjeros)*: _____

Fecha de nacimiento*: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico 1: _____

Correo electrónico 2: _____

Domicilio de residencia en Baleares*: _____

Población*: _____ Código postal*: _____ Teléfono*: _____

Dirección profesional en Baleares*: _____

Población*: _____ Código postal*: _____ Teléfono: _____

Dirección profesional en Baleares*: _____

Población*: _____ Código postal*: _____ Teléfono: _____

Dirección profesional en Baleares*: _____

Población*: _____ Código postal*: _____ Teléfono: _____

OTROS DATOS:

¿Primera colegiación?*: _____ Si procede de otro colegio indique cuál*: _____

Ha ejercido en los Colegios de*: _____

DATOS ACADÉMICOS DEL SOLICITANTE

Licenciado/a – Graduado/a

Facultad de Medicina: _____

Fecha expedición título: _____ Fecha homologación: _____

Fecha pago derechos expedición título: _____

Especialidades

Especialidad 1: _____

Vía de obtención: _____

Fecha expedición título: _____ Fecha homologación: _____

Fecha pago derechos expedición título: _____

Especialidad 2: _____

Vía de obtención: _____

Fecha expedición título: _____ Fecha homologación: _____

Fecha pago derechos expedición título: _____

Doctorado

En : _____

Facultad de Medicina: _____

Fecha expedición título: _____

Fecha pago derechos expedición título: _____

Médicos/as M.I.R.

Especialidad: _____

Centro MIR: _____

Año inicio formación: _____ Fecha certificado fin de MIR: _____

DOCUMENTOS QUE APORTA (Marcar con una X)

- Título de médico original y fotocopia (en su defecto: certificación sustitutoria de pago de los derechos de expedición del título y certificación académica-notas-).
- D.N.I. o N.I.E. y fotocopia.
- Títulos oficiales de médico especialista (original y fotocopia) si va a ejercer con carácter de especialista.
- Certificado de baja librado por el Colegio español de origen, cuando el solicitante proceda de otra provincia.
- Adjudicación plaza M.I.R. y fotocopia.
- Certificación fin de M.I.R. y fotocopia.

EN CASO DE SER EXTRANJERO, O TITULADO EN EL EXTRANJERO, APORTA ADEMÁS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

- Credencial de homologación / reconocimiento del título extranjero de médico y, en su caso, de médico especialista, expedido por el Ministerio español competente.
- Certificado de no inhabilitación profesional, expedido por la autoridad colegial u oficial del país de procedencia, en el que se especifique que el solicitante no se halla inhabilitado para el ejercicio de la profesión. Dicho certificado ha de estar debidamente validado o legalizado por vía diplomática o mediante la [apostilla del Convenio de la Haya](#). La antigüedad máxima del certificado no será superior a tres meses.
- Pasaporte/NIE/tarjeta de extranjero.
- Acreditación de conocimiento suficiente de alguna lengua oficial en Illes Balears, mediante entrevista personal o documento acreditativo expedido por academia de idiomas.
- Traducción oficial de los documentos que aporte redactados en alguna lengua no oficial en Illes Balears.

(Nota: se presentarán documentos originales y fotocopia para su compulsa).

DOMICILIACIÓN BANCARIA

BANCO / CAJA : _____

IBAN ENTIDAD OFICINA D.C. NÚMERO DE CUENTA SWIFT-BIC
ES _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _____

OTROS DATOS DE INTERÉS

COLECTIVO/S A LOS QUE PERTENECE:

- Médicos/as de Hospitales.
- Médicos/as de Atención Primaria Urbana.
- Médicos/as de Atención Primaria Rural.
- Médicos/as de Administraciones Públicas.
- Médicos/as de Medicina Privada por cuenta ajena.
("Mutual Médica", mutualidad de previsión social establecida, excepto si ha optado por el Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores Autónomos (RETA).
Obligatoriedad de contratar Seguro de Responsabilidad Civil.
- Médicos/as de Medicina Privada por cuenta propia.
("Mutual Médica", mutualidad de previsión social establecida, excepto si ha optado por el Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores Autónomos (RETA).
Obligatoriedad de contratar Seguro de Responsabilidad Civil.
- Médicos/as en formación/graduados en 5 últimos años.
- Médicos/as con empleo precario.
- Médicos/as Jubilados/as.
- Médicos/as con ejercicio.
- Médicos/as sin ejercicio.
- Médicos/as titulares APD.
- Médicos/as en desempleo.
- Otros (especificar): _____

CORRESPONDENCIA COLEGIAL Y COMUNICACIONES

¿Autoriza la comunicación de sus datos de contacto a *Medicorasse*, correduría de seguros especializada en el sector médico, para que se pongan en contacto con usted para presentarle sus productos?

SÍ NO

Señale con una X dentro del recuadro la dirección que elija para la correspondencia colegial:

- Domicilio de residencia Domicilio profesional

¿Desea recibir información corporativa institucional? SÍ NO

¿Desea que el Colegio le informe sobre ofertas comerciales de terceros para Colegiados? SÍ NO

Señale con una X dentro del recuadro el canal que elija para recibir este tipo de información:

- Correo electrónico Correo postal

Antes de firmar este formulario, debe leer la Información básica sobre protección de datos que se encuentra a continuación. Los campos marcados como obligatorios y la documentación solicitada son indispensables para la tramitación de su solicitud.

Información básica sobre Protección de Datos

- Responsable:** Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares.
- Finalidad:** Tramitación de su solicitud, ordenación y control de la profesión, gestión interna del Colegio y remisión de comunicaciones comerciales.
- Legitimación:** Ejercicio de potestades públicas, cumplimiento de leyes y estatutos del Colegio, consentimiento para la remisión de comunicaciones comerciales de terceros.
- Destinatarios:** Los datos serán comunicados en cumplimiento de las leyes vigentes, de los estatutos del Colegio o con el previo consentimiento de los interesados.
- Derechos:** Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos como se explica en la información adicional.
- Info. adicional:** Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la política de privacidad para Colegiados publicada en el portal de la privacidad del Colegio en <http://www.comib.com/el-colegio/portal-privacidad>

En _____, a día ____ de _____ de 20____.

Fdo.: _____

(Le recordamos la importancia de mantener actualizados sus datos colegiales)

Firma:

Rúbrica: