



Nombre:  Apellido 1:  Apellido 2:

Fecha nacimiento  /  /  DNI/NIE/Pasaporte:  Sexo: Hombre  Mujer

Nacionalidad:  País de nacimiento:

Domicilio:  C. Postal:

Población:  Provincia:  Teléfono:

**Título de formación básica en Medicina:**

Fecha:  /  /  País:  Universidad:

Especialidades:  /Año / País:

**Ámbito de trabajo:**

En Paro  Atención Primaria  Hospitalario  Ejercicio Privado

Docencia  Industria farmacéutica  Mutuas accidentes laborales

**Carácter:** Público  Privado  Mixto  Concertado

**¿Está actualmente inhabilitado/a para el ejercicio profesional por sanción o condena firme, expulsado/a o tiene prohibido su ejercicio como médico/a?** SI  No

**Solicito el certificado en el idioma:**

Castellano  Inglés  Italiano  Francés  Portugués  Alemán

**Solicito el certificado por motivos de:**

Trabajo

Estudios

Cooperación al Desarrollo

**Trámites administrativos:**

Acreditación títulos directiva 2005/36/CE

Darse de baja del GMC

Homologación

Solicito que se haga un certificado único con los datos de los siguientes colegios:

Fecha de colegiación: Alta:  /  /  Baja:  /  /

**Los siguientes organismos han solicitado a la OMC el envío directo del certificado, marque la casilla correspondiente:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Australian Health Practitioner Regulation Agency-AHPRA (Australia) | <input type="radio"/> Health Professional Licensing Department (Emiratos Árabes Unidos) | <input type="radio"/> BIG Register (Países Bajos)                            |
| <input type="radio"/> College of Physicians and Surgeons of Ontario (Canadá-Ontario)     | <input type="radio"/> University of Iowa Hospitals and Clinics (EE.UU. – Iowa)          | <input type="radio"/> Supreme Council of Health (Qatar)                      |
| <input type="radio"/> College of Physicians & Surgeons of Alberta (Canadá-Alberta)       | <input type="radio"/> Irish Medical Council (Irlanda)                                   | <input type="radio"/> General Medical Council (Reino Unido)                  |
| <input type="radio"/> Danish Patient Safety Authority (Dinamarca)                        | <input type="radio"/> Norwegian Directorate for Health (Noruega)                        | <input type="radio"/> Singapore Medical Council (Singapur)                   |
| <input type="radio"/> Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG)       | <input type="radio"/> Statens Autorisasjons-Kontor for Helsepersonell-SAK (Noruega)     | <input type="radio"/> Health Professions Council of South Africa (Sudáfrica) |

País de destino:  Tiempo de estancia:

Fecha:  /  /  N.º de colegiado/a nacional

Firma:

**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 y gestión interna del Colegio.

**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/as publicada en el portal de la privacidad del Colegio

[www.comib.com/el-colegio/portal-privacidad](http://www.comib.com/el-colegio/portal-privacidad)