



Pasillo de Atocha 3-1º Izd. - 29005 Málaga
Apartado de Correos 535 - 29080 Málaga
Teléf. 952 06 00 24 – Fax 952 21 11 09
www.coema.org – secretaria@coema.org
info@coema.org-oficina@coema.org

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN SIN EJERCICIO DEFINITIVO POR CAUSA DE JUBILACIÓN POR EDAD O INVALIDEZ

Nombre:..... Apellidos:.....
Fecha nacimiento:..... Localidad:..... Provincia:.....
País:..... Nacionalidad:.....
DNI. o pasaporte:..... Fecha expedición:.....
NIE:..... Fecha expedición:..... Permiso de Residencia:.....
Tipo de permiso:..... Lugar y fecha del permiso:.....
..... Fecha caducidad:.....
Domicilio a efectos de notificaciones:.....
Localidad:..... Código Postal:..... Teléfono:.....
Móvil:..... Fax:..... Email:.....
Titulación:..... Expedida por la Comunidad Autónoma
de:..... Facultad de:.....
Universidad de:..... Fecha:..... Titulación Comunitaria de la
UE:..... Extracomunitario:..... Universidad de:.....
País:..... Homologación:.....
Fecha:..... Otros títulos que acredita.....
.....
Expedidos por:.....
Fechas:.....
Grado de la Carrera Profesional (exclusivamente para profesionales que han trabajado para el Servicio
Público de Salud):.....
Fecha de la Jubilación:..... Causa (edad/invalidéz):.....
Fecha de la baja como ejerciente:..... nº colegiado ejerciente:.....
Tiene solicitada o recibe prestación de ayuda por jubilación del Consejo General:.....

El/la declarante **SOLICITA** su inscripción en el Colegio Oficial de Dentistas de Málaga, como colegiado sin ejercicio definitivo por causa de jubilación de acuerdo al Reglamento aprobado en Junta de Gobierno de 12 de junio de 2013 declarando ser ciertas las respuestas efectuadas, y comprometiéndose a poner en conocimiento de esta Corporación cuantas variaciones se produzcan en un futuro. Igualmente juro o prometo, que conozco y acato los Estatutos del Colegio de Málaga (BOJA nº 244, de 16/12/2009), los Generales de la Profesión, el Código Deontológico vigente en todo aquello que me pueda afectar y el Reglamento para colegiados sin ejercicio definitivo por causa de jubilación, comprometiéndome abonar las cuotas reglamentarias establecidas en esta condición, absteniéndome de realizar acto alguno profesional en esta situación.

Málaga, a.....de.....de.....

Fdo:.....

SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO DE DENTISTAS DE MÁLAGA



Pasillo de Atocha, 3-1º Izq. - 29005 Málaga
Apartado de Correos 535 - 29080 Málaga
Teléf. 952 06 00 24 - Fax 952 21 11 09
www.coema.org - info@coema.org

AUTORIZACION DOMICILIACION BANCARIA

D./Dña. _____
_____, Colegiado/a N° _____, con
D.N.I. _____ autorizo a cargar en mi cuenta del
Banco/Caja _____ C.C. _____, _____ - _____ - _____ los
recibos periódicos que presente a mi cargo, el Ilustre Colegio Oficial
de Dentistas de Málaga.

Málaga, a _____ de _____ de 20____

Fdo. _____

DATOS ENTIDAD

C.I.F.: _____

DOMICILIO: _____

DISTRITO POSTAL: _____

TELEFONO: _____

Fdo. _____