

Colegio Profesional de Higienistas Dentales
De la Comunidad Autónoma de Madrid

Nº COLEGIADO

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

I.- DATOS PERSONALES		
1 ^{er} Apellido:	2º Apellido:	Nombre:
<input type="checkbox"/> DNI	nº	
<input type="checkbox"/> Pasaporte	nº	
<input type="checkbox"/> N.I.E	nº	
Fecha de nacimiento:		
Localidad:	Provincia:	País:
Domicilio particular:		
Ciudad:	Provincia:	C.P.
Teléfono	Móvil:	
Domicilio Profesional:		
Ciudad:	Provincia:	C.P
Teléfono:	Fax:	E-mail*:
Colegiado en:		Con el nº:
Fecha de colegiación : / /		
Recepción de la información :		
<input type="checkbox"/> Domicilio particular	<input type="checkbox"/> Domicilio Profesional	<input type="checkbox"/> E-mail
II.- ACTIVIDAD PROFESIONAL		
A.- Ejercicio por cuenta ajena:		
	<input type="checkbox"/> Sector público	<input type="checkbox"/> Sector privado
B.- Otra situación profesional:		
III.- TIPO DE COLEGIACIÓN		
<input type="checkbox"/> A.- Ejerciente		
<input type="checkbox"/> B.- No Ejerciente		

* Dada la importancia para los próximos envíos de información, rogamos indiquen necesariamente una dirección de correo electrónico.

, a de de 20

(Firma del interesado)

Nº COLEGIADO

DOCUMENTACION (Original y Fotocopia)

- D.N.I
- RESGUARDO DE INGRESO
- 2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET

NO EJERCIENTES

- A) CERTIFICADO EXPEDIDO POR LA TESORERÍA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL QUE ACREDITE QUE NO EJERCE COMO HIGIENISTA DENTAL

DATOS ACADÉMICOS (Original y Fotocopia)

TITULACION:

- Técnico Superior en Higiene Bucodental
- Formación profesional de Segundo Grado de Higienista Dental
Centro/Instituto donde curso la titulación:
Localidad:
Provincia:

HABILITACIÓN:

- Habilitación Profesional Administrativa:
Fecha de Habilitación:
Comunidad Autónoma:

HOMOLOGACIÓN:

- Homologación Profesional:
País donde cursó los estudios:
Fecha de homologación:
Organismo:

OTRO TÍTULOS:

- _____
- _____
- _____