Colegio
Oficial
Farmacéuticos
Teruel

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____

Apellido 1: _____ Apellido 2: _____

Nacionalidad: _____ D.N.I. (o equivalente): _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Domicilio: _____ Número: _____ Escalera: _____ Piso: _____ Puerta: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos fijo/móvil: _____ e-mail: _____

DATOS ACADÉMICOS:

Fecha de terminación de la Licenciatura / Grado en Farmacia: _____

Universidad: _____

Población Universidad: _____ Provincia Universidad: _____

Otros títulos académicos:

_____
_____
_____
_____
_____

DATOS BANCARIOS:

IBAN: _____

Entidad: _____ Oficina: _____ DC: ____ Nº cuenta: _____

DATOS PROFESIONALES:

Modalidad: □ No ejerciente □ Ejerciente (indicar modalidad): _____

Establecimiento sanitario/Empresa: _____

Dirección Profesional: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____

SRA. PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE TERUEL

Colegio
Oficial
Farmacéuticos
Teruel

EXPONE:

Que se halla en posesión del título de Licenciado/a de Farmacia – Graduado/a en Farmacia y declara que no está incurso/a en causa de incapacitación, ni inhabilitado/a o suspendido/a para el ejercicio de la profesión, ni ha sido expulsado de otro Colegio de Farmacéuticos sin posterior rehabilitación.

SOLICITA:

Ser colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel, a cuyo efecto acompaña los siguientes documentos que se reseña:

□ Fotocopia de D.N.I.

□ Fotografía tamaño carnet

□ Ficha colegial para el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

□ Consentimiento informado protección de datos de carácter personal

□ Boletín de adhesión al seguro colectivo de Responsabilidad Civil Profesional

□ Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

Titulación Licenciatura / Grado en Farmacia:

□ Aportar uno de los siguientes documentos originales:

- Título de Licenciado/ Graduado en Farmacia

- Certificación Supletoria Provisional con el nº de Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales firmada por el Rector

- Credencial de homologación del título – Los titulados en países extracomunitarios

- Documento acreditativo del reconocimiento del título – Los titulados en los EE de la Unión Europea

□ En su defecto, comprobación por el COF en el Registro del Ministerio de Educación

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal, así como en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de dicha Ley, autorizo expresamente al COF de Teruel para que, en relación con la tramitación de mi expediente de colegiación, acceda a los datos relativos a mi persona que figuran en el Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales, como responsable de los datos contenidos en el mismo, con objeto de que se le proporcione información particular sobre mi titulación universitaria.

Si se ha estado colegiado anteriormente:

□ Certificado de baja del Colegio Oficial de Farmacéuticos de procedencia.

□ Deseo mantener la colegiación en otro Colegio. Certificado de su situación en el mismo. En el Colegio de_____

En _____, a _____ de _____ de 20___

Firma:_____

SRA. PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE TERUEL