



COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CUENCA

FICHA DE INSCRIPCIÓN COLEGIAL

Nº DE COLEGIADO 16/

Fecha de colegiación

A. DATOS PERSONALES

Nombre

Apellido 1º

Apellido 2

Fecha de Nacimiento

Nación

DNI/NIE

Lugar nacimiento

Provincia

Nacionalidad

Pasaporte/ T. Residencia Nº

Domicilio particular:

Localidad

Provincia

C. Postal

Teléfono

Teléfono Móvil

Fax

E-mail

Domicilio para entregar el correo: Part. / Profes

Reserva de datos SI NO

B. DATOS COLEGIALES

1ª Colegiación:

Colegio de procedencia

Tipo de colegiado: Con ejercicio. Sin ejercicio. (6)

Fecha de colegiación provisional:...../...../ Situaciones especiales:.....

Secciones colegiales a las que pertenece: Med. Rurales Med. Titulares Jubilados

Ejerc. Libre Asist. Colectiva Hospitales Extrahospitalaria Desempleo

Formación y/o < 5 años

C. DATOS ACADEMICOS:

Licenciado en Universidad Año fin de carrera
Fecha resguardo Título...../...../..... Fecha Título
Dtorado en la Universidad de.....
Fecha resguardo Título/...../..... Fecha Título...../...../.....
Especialidad principal:

Centro de especialización :..... Localidad:.....
Fecha de inicio especialidad:...../...../..... Fecha de terminación:...../...../.....
Fecha resguardo:/...../..... Fecha Título...../...../.....
Especialidad segunda:

Centro de especialización:..... Localidad.....
Fecha de inicio especialidad:...../...../..... Fecha de terminación:...../...../.....
Fecha resguardo. /..... /..... Fecha título /...../.....

D. DATOS LABORALES

Trabajo Público:

Nombre de la entidad para la que trabaja
Centro de Trabajo .
Localidad..... Provincia..... C. Postal.....
Teléfono..... Fax..... E-mail.....
Tipo de Trabajo: Exclusividad: SI NO Vinculación laboral: (10).....
Cargo que se ostenta:.....
Especialidad que ejerce:.....
Docencia en:.....

Trabajo privado:

Nombre de la entidad donde trabaja
Domicilio profesional c/.....
Localidad..... Provincia..... C Postal.....
Teléfono..... Fax..... E-mail.....
Especialidad que ejerce:.....
Tipo de trabajo: Libre: SI NO ; Seguro Libre: SI NO ;
Alta en Autónomos: SI NO Fecha:...../...../.....

E. DATOS ECONOMICOS

Banco/Caja:

Sucursal

Localidad

Cta/Lta. N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si el nombre del titular de la cuenta, no es el mismo que el del médico, anotar el nombre:

.....

Seguro de Responsabilidad Civil profesional a través del Colegio: SI NO



*Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la
Provincia de Cuenca*

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE CUENCA
C/ Maestro Pradas, 10 – 1º C
Telf. 969212333. Fax: 969229623
16001CUENCA

DECLARACIÓN JURADA
(PRIMERAS COLEGIACIONES)

D./Dña.

con DNI/ PASAPORTE/ TARJETA DE RESIDENTE N°

declara que no ha estado Colegiado, ni ejercido la Medicina en ninguna otra provincia del Territorio Español.

Cuenca, de de

Fdo.

OMC - 03