



AL COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE PONTEVEDRA

El/la abajo firmante, identificado/a con los datos que a continuación se relacionan, solicita la tramitación de su alta como colegiado/a:

DATOS PERSONALES:

Apellidos: _____		Nombre: _____	
<input type="checkbox"/> NIF	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Pasaporte	_____
Dirección: _____		Municipio: _____	C.P: _____
Provincia: _____			
Teléfono fijo: _____		Teléfono móvil: _____	
Correo electrónico: _____			
Fecha de nacimiento: _____		Municipio y provincia de nacimiento: _____	
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/>		Mujer <input type="checkbox"/>	

DATOS ACADÉMICOS:

LICENCIATURA/GRADO EN FARMACIA:	
Certificado Universidad <input type="checkbox"/>	Título Oficial <input type="checkbox"/> Fecha expedición _____
Universidad : _____	
TÍTULOS EXTRANJEROS:	
País de obtención: _____	Fecha homologación/reconocimiento en España: _____
DOCTORADO	
Universidad: _____	Fecha expedición del título: _____
OTROS TÍTULOS OFICIALES/ESPECIALIDADES	
_____	Fecha expedición del título: _____

Consiento de manera expresa que el Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra ceda mis datos para efectuar las pertinentes verificaciones de mi título con la finalidad de tramitar mi solicitud de colegiación en el Colegio:

SI NO

MODALIDAD DE EJERCICIO:

Ejerciente	<input type="checkbox"/>	Datos y domicilio de ejercicio profesional:	_____
No ejerciente	<input type="checkbox"/>		_____

PRECOLEGIADO EN EL COFPO: SI NO

DOCUMENTACIÓN QUE APORTO:

- Original o copia compulsada – Notarialmente o por la Universidad - del Título de Licenciado/Grado en Farmacia o de la certificación acreditativa del mismo.
- Homologación o reconocimiento del título extranjero emitido por el Ministerio de Sanidad
- Fotocopia DNI
- 2 Fotografías
- Certificado del colegio de origen
- Copia tarjeta del I.N.E.M.
- Copia del justificante del pago, ingreso o transferencia bancaria de la cuota de inscripción.
- Copia compulsada – notarialmente o por la Universidad - de los títulos o nombramientos civiles, laborales o administrativos que en cada caso justifiquen el tipo de ejercicio para el que se solicita la colegiación.
- Solicitud de adhesión a Portalfarma
- Orden de domiciliación bancaria
- Ficha Colegial Consejo General
- Boletín adhesión seguro RC Profesional

SOLICITUD CUENTA DE CORREO Y ALTA EN LA WEB COLEGIAL:

Solicito el alta como usuario en la web del Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra. Asimismo solicito que se me habilite una cuenta de correo electrónico colegial y autorizo al Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra a que me envíe exclusivamente a través de dicha cuenta toda la información colegial. Tanto las claves de usuario de la web como la cuenta de correo electrónico serán gratuitas y estarán vigentes mientras permanezca colegiado en el Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra. Recibiré todas las comunicaciones colegiales exclusivamente por correo electrónico y a través de la web colegial y ocasionalmente a través de SMS.

Con la presente solicitud acepto la política de gestión de cuentas de correo electrónico del COFPO así como las condiciones de uso de las mismas, que están disponibles para consulta en la web colegial www.cofpo.org.

Solicito el envío a la cuenta de correo electrónico colegial del dossier de prensa

ANTECEDENTES PENALES:

Declaro de manera expresa que carezco de antecedentes que me inhabiliten para el ejercicio profesional.



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL:

El abajo firmante declara haber sido informado por el colegio de la obligación de disponer de un seguro de responsabilidad civil en vigor, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de la asistencia o servicios en el ámbito de la asistencia sanitaria privada (Art.46 Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias)

El Colegio dispone de una póliza colectiva de seguro de Responsabilidad Civil Profesional (RCP) para los colegiados inscritos. Los datos de los colegiados asegurados en la RCP colectiva serán cedidos a Agrupación Mutua Aseguradora (AMA) con la finalidad exclusiva de hacer efectiva dicha póliza.

A estos efectos, el solicitante declara:

- Que no va a ejercer en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, por lo que no desea darse de alta en la póliza colectiva de responsabilidad civil.
- Que va a ejercer en el ámbito de la asistencia sanitaria privada y declara bajo juramento que dispone de otro seguro de responsabilidad en vigor, un aval u otra garantía financiera que cubre las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.
- Que solicita su inclusión en la póliza de responsabilidad civil suscrita por el colegio, para lo cual facilita los datos a través del correspondiente formulario.

Pontevedra,

Firma:

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LO 15/1999) le informamos, y Ud. consiente, que los datos personales facilitados sean incluidos y tratados en uno o varios ficheros, automatizados o no, titularidad del COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA, siendo exclusivamente su finalidad el cumplimiento de los fines colegiales, descritos en la ley estatal y autonómica de Colegios Profesionales, así como en los Estatutos de esta Corporación.

Los datos solicitados en este formulario son de obligada respuesta dado que en caso contrario no se podrá tramitar su solicitud de incorporación. El interesado declara bajo su responsabilidad que los datos cumplimentados en este formulario son ciertos y están actualizados.

El Colegio informa que los datos se cederán a los organismos públicos y demás entidades, incluido el Consejo General de COF, según las obligaciones legales pertinentes.

El interesado podrá revocar su consentimiento y ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Colegio, con domicilio en C/Echegaray 10, 36002 Pontevedra mediante escrito acompañado de copia de DNI.
