



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS  
Y ESTOMATÓLOGOS DE ASTURIAS

Registro de entrada

V06208

## DECLARACIÓN CONDICIONES EJERCICIO PROFESIONAL (COLEGIADO EN EJERCICIO)

Nombre	Apellidos		
DNI/NIE/Pasaporte	Nº Colegiado		

Declara, bajo su exclusiva responsabilidad, que su dirección profesional y las condiciones de su ejercicio en la misma son las indicadas en el cuadro que se recoge a continuación, comprometiéndose a notificar por escrito al Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias las modificaciones que hubiera lugar y cualquier otro domicilio en el que preste servicios profesionales, siendo de su conformidad la sanción que le asigne la Junta de Gobierno de conformidad con el Régimen sancionador de los vigentes Estatutos Particulares, si su ejercicio profesional se apartase de lo declarado, comprometiéndose a no prestar su Título profesional para la regencia de un gabinete dental en el que todo trabajo o asistencia no fuera prestada personalmente por él, y a no ser sustituido nunca por un profesional no legalmente capacitado.

Nombre o razón social de la clínica		Titular o propietario (nombre y apellidos)				
Responsable sanitario (nombre y apellidos)			Fecha de inicio de la actividad en esta clínica			
Dirección clínica		Población		Nº	Piso	C.P.
Teléfono clínica	Fax clínica	Correo electrónico clínica		Página Web clínica		
Ejercicio profesional:	<b>CUENTA PROPIA (propietario)</b>				Dedicación:	
	<b>CUENTA PROPIA (prestación de servicios)</b>		Persona o entidad contratante .....		<b>ESPECIAL</b>	
	<b>CUENTA AJENA (contrato laboral)</b>				<b>EXCLUSIVA</b>	
	<b>SOCIEDAD</b>					
Horarios de atención del colegiado (días de la semana y horario de cada día):				Entidades públicas o privadas para las que presta servicios:		
				<b>SESPA. ÁREA SANITARIA</b> .....		
				<b>OTRAS</b> .....		
Presta servicios profesionales en otras direcciones:		Autorización Consejería de Salud y Servicios Sanitarios:				
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<b>F. concesión:</b>	<b>Nº Registro</b>	<b>F. última renovación</b>		

Oviedo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma

**NOTA: CUBRIR UN IMPRESO DE CONDICIONES DE EJERCICIO PROFESIONAL POR CADA DOMICILIO PROFESIONAL EN EL QUE SE PRESTEN SERVICIOS.**

**AVISO LEGAL a disposición del interesado en el reverso de la solicitud de colegiación o en la página Web de CODES (Dentistas-Como colegiarse-Impresos).**