



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS
Y ESTOMATÓLOGOS DE ASTURIAS

Registro de entrada

V062018

DECLARACIÓN CONDICIONES EJERCICIO PROFESIONAL
(COLEGIADO SIN EJERCICIO)

Nombre		Apellidos	
DNI/NIE/Pasaporte	Nº Colegiado	Fecha efectiva de la situación	

Declara que, reuniendo los requisitos necesarios para estar colegiado, no ejerce actividad profesional alguna como Dentista, por lo que solicita su inscripción como **COLEGIADO SIN EJERCICIO**, comprometiéndose a notificar por escrito al Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias las modificaciones que hubiera que hacer, así como a solicitar la condición de COLEGIADO EN EJERCICIO en el momento que inicie la actividad profesional, y comunicar el/los domicilio/os profesional/es en los que preste servicios profesionales en el correspondiente impreso de declaración de condiciones de ejercicio profesional, sabiendo que con la condición de colegiado actual no podrá realizar ningún tipo de atención a pacientes, siendo de su conformidad la sanción que asigne la Junta de Gobierno de conformidad con los 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.

Oviedo, _____ de _____ de 20 _____

Firma _____

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).