



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS
Y ESTOMATÓLOGOS DE ASTURIAS

Registro de entrada

V062018

DECLARACIÓN CONDICIONES EJERCICIO PROFESIONAL
(COLEGIADO SIN EJERCICIO CON CURSO POSTGRADO)

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

Declara que en la actualidad se encuentra cursando un Master/Curso de especialización y solo tiene actividad práctica en formación sobre los pacientes que le facilitan en dicha formación postgraduada, no realizando ningún otro tipo de ejercicio profesional remunerado por cuenta propia o ajena, 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 de inicio de cualquier actividad profesional remunerada por cuenta ajena o propia, comunicando el/los domicilio/os profesional/es 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, a excepción de los que le faciliten durante la formación práctica postgraduada, siendo de su conformidad la sanción que le imponga 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).