



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS
Y ESTOMATÓLOGOS DE ASTURIAS

Registro de entrada

V062018

DECLARACIÓN RESPONSABLE

El/la abajo firmante, D/Dña., con DNI/NIE/Pasaporte:, con su inscripción en el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias, se compromete formalmente a acatar con fidelidad los vigentes **Estatutos Particulares** del mismo, los del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España y cuantos legalmente pudieran ser aprobados en el futuro.

Se compromete asimismo a acatar el **Código Ético y Deontológico Dental Español** del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.

Conoce la obligatoriedad de tener contratado un **Seguro de Responsabilidad Civil Profesional** que cubra sus posibles indemnizaciones a pacientes que puedan derivarse de su ejercicio profesional y **se compromete** a estar adherido a la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Colectiva suscrita por este Colegio Oficial, o a remitir al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias copia de la póliza y el justificante de pago vigente de la que tenga contratada por su cuenta en el momento que sea requerido.

En el caso de haber presentado para el trámite de esta solicitud de colegiación una **Certificación Supletoria Provisional**, en vez del Título Oficial, conoce que dicha certificación supletoria provisional tiene una validez de un año desde su fecha de emisión, comprometiéndose, una vez que tenga en su poder el Título Oficial, a presentarlo en el Colegio para su registro.

Conoce la obligatoriedad de incorporación al **Colegio Profesional que corresponda al domicilio profesional único o principal**.

Declara bajo su responsabilidad que **reúne los requisitos establecidos en la normativa vigente** y que **no se encuentra incapacitado/a o inhabilitado/a** para ejercer la profesión de dentista.

Autoriza expresamente al Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias a obtener directamente y/o por medios telemáticos la información que estime precisa para la **determinación, conocimiento y comprobación de los datos necesarios** para resolver la presente solicitud de colegiación, con consentimiento expreso para el acceso a la información del **Registro Nacional de Títulos Universitarios del correspondiente Ministerio**.

Y para que así conste y surta efecto, firma el presente documento.

Oviedo, de..... de

Firma _____