



## Solicitud de certificado de idoneidad profesional (Médico/a - Colegio)

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido 1: \_\_\_\_\_

Apellido 2: \_\_\_\_\_

DNI/NIE/Pasaporte núm. \_\_\_\_\_

Domicilio profesional: \_\_\_\_\_

C. Postal: \_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: ...../...../..... Sexo: Masculino  Femenino  Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Título de formación básica en Medicina: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

Título de especialista: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Ámbito de trabajo	Atención Primaria	<input type="checkbox"/>	Carácter	Público	<input type="checkbox"/>
	Hospitalario	<input type="checkbox"/>		Privado	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>		Mixto	<input type="checkbox"/>
				Concertado	<input type="checkbox"/>

Fecha de colegiación: Alta: ...../...../..... Baja: ...../...../.....

¿Está incurso/a en algún procedimiento?: SI  NO

- Si la respuesta es SI:
- |    |    |                         |                          |    |             |                          |
|----|----|-------------------------|--------------------------|----|-------------|--------------------------|
| 1º | a) | informativo             | <input type="checkbox"/> | b) | sancionador | <input type="checkbox"/> |
| 2º | a) | colegial/administrativo | <input type="checkbox"/> | b) | judicial    | <input type="checkbox"/> |

Solicito el certificado por motivos de:		En el idioma:
Trabajo <input type="checkbox"/>		Castellano <input type="checkbox"/>
Estudios <input type="checkbox"/>		Francés <input type="checkbox"/>
Cooperación al Desarrollo <input type="checkbox"/>		Inglés <input type="checkbox"/>
		Portugués <input type="checkbox"/>

Otros  \_\_\_\_\_

Solicito que se haga un **certificado único** con los datos de los siguientes colegios: \_\_\_\_\_,

que solicitaré por separado en cada uno de ellos y, una vez elaborado, el CGCOM lo remitirá al colegio de:

\_\_\_\_\_

País de destino: \_\_\_\_\_ Tiempo de estancia: \_\_\_\_\_

Fecha: ...../...../..... Nº de colegiado/a nacional: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en el Fichero "COLEGIADOS" titularidad del **Ilustre Colegio de Médicos de León**, debidamente registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos teniendo por finalidad la gestión del registro de Colegiados así como la acreditación y ejercicio de la profesión y especialización. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de su Colegio, sito en Villa Benavente, 5- 24003 León. Los datos proporcionados serán facilitados a los correspondientes Consejos Autonómicos, con la única finalidad de llevar a cabo el registro autonómico de Colegiados, así como al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España para realizar este mismo registro a nivel nacional. Le comunicamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.