



23. 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:

Trabajo	<input type="checkbox"/>
Estudios	<input type="checkbox"/>
Cooperación al Desarrollo	<input type="checkbox"/>

Otros _____

En el idioma:

Castellano	<input type="checkbox"/>
Francés	<input type="checkbox"/>
Inglés	<input type="checkbox"/>
Portugués	<input type="checkbox"/>

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.



**24.- Solicitud de certificado de idoneidad profesional
(Colegio – Consejo)**

Sr/a. Secretario/a del
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS
OFICIALES DE MÉDICOS
Plaza de las Cortes 11
28014 MADRID

Distinguido/a compañero/a:

Para atender la solicitud formulada a este Colegio de Médicos por parte de D. sobre la expedición de certificado de idoneidad profesional, este Colegio informa:

4. Que el/la solicitante es natural de
- 5.
6. , nacido el día , sexo: , DNI/NIE/PASAPORTE: , colegiado/a en
- 7.
8. con el número nacional desde el día situación en la que continúa en el día de hoy.
9. Que en su expediente personal en este Colegio no consta nota desfavorable alguna y está al corriente de pago de sus obligaciones económicas colegiales, por lo que entendemos que por parte del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos puede extenderse la certificación de idoneidad profesional que solicita.
10. Que figura con el título de especialista en : _____

Rogamos que la citada certificación sea extendida en lengua _____ y una vez elaborada sea remitida a este Colegio para su posterior entrega a la persona interesada.

Atentamente,

Fdo.: DRA. D.^a ANA ISABEL BARRAGÁN MARÍN
SECRETARIA GENERAL

LEÓN, A 09 de diciembre de 2020