

Ilmo. Sr.:

El que suscribe D. \_\_\_\_\_  
Veterinario, Licenciado o Doctor en Veterinaria (1), con residencia en \_\_\_\_\_  
Calle/plaza \_\_\_\_\_ nº. \_\_\_\_\_ escalera \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ y D.N.I. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
según lo determinado en los vigentes Estatutos de la Organización Colegial Veterinaria, tiene el honor de solicitar de V.I. el ingreso en este Colegio, de su digna Presidencia, como colegiado \_\_\_\_\_ (2), para lo que acompaña los documentos exigidos:

a) Acreditación profesional:

- Título de licenciado o graduado en veterinaria
- Copia legalizada del título de licenciado o graduado en veterinaria
- Resguardo de los derechos del título con certificación académica

b) En caso de que proceda de otro Colegio Oficial:

- Certificación del Colegio de procedencia con fecha de alta \_\_\_\_\_
- Declaración haciendo constar que no ha ejercido la profesión

c) Otros documentos obligatorios:

- Declaración jurada por la que se compromete a aceptar en todas sus partes los Estatutos de la Organización Colegial Veterinaria y por la que se asegura no estar incapacitado para el ejercicio de la profesión, así como que carece de antecedentes penales.
- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad
- Dos fotografías (modelo DNI)

Que desea actuar:

- Como Veterinario funcionario/estatutario al servicio de \_\_\_\_\_ (3)
- Como Empleado en Empresa Pública \_\_\_\_\_
- Como Veterinario de Empresa en la empresa \_\_\_\_\_  
ubicada en \_\_\_\_\_, con función de \_\_\_\_\_
- Como Veterinario en ejercicio libre en la faceta de \_\_\_\_\_ (4)  
con domicilio profesional en la Provincia de \_\_\_\_\_

Que, a efectos de formalización del expediente personal correspondiente, al dorso de la presente consigna los datos complementarios para el mismo, que avala con su firma.

Lo que espera merecer de V.I.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE CORDOBA

(1) Táchese lo que no corresponda. | (2) Obligatorio con ejercicio profesional - Obligatorio sin ejercicio profesional - Voluntario. |  
(3) Administración Estatal, Autonómica o Local. | (4) Clínica, sanitaria, zootécnica o en sector privado.

### DORSO QUE SE CITA

El veterinario que suscribe, a efectos de formalización de su expediente, Declara bajo su responsabilidad lo siguiente:

Natural de \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Facultad donde cursó sus estudios \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 Diplomas o Especialidades \_\_\_\_\_  
 Otros títulos \_\_\_\_\_

### HISTORIAL PROFESIONAL

Día	Mes	Año	Cargos que ha desempeñado y los que desempeña

A efectos de PRESTACIONES SOCIALES, declara ser de estado \_\_\_\_\_  
 con D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, nacido en \_\_\_\_\_  
 el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, y que en el día de la fecha si/no tiene  
 hijos posibles beneficiarios, para lo que consigna los hijos solteros:

Nombre y apellidos de los hijos	Día	Mes	Año

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Licenciado/a en Veterinaria, mayor de edad, con residencia en \_\_\_\_\_

C/. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_

declaro bajo juramento lo siguiente:

Que me comprometo a ceptar los Estatutos de la Organización Colegial Veterinaria en todas sus partes, asegurando no estar incapacitado para el ejercicio de la profesión, así como no poseer antecedentes penales.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_



## MANTENIMIENTO FICHERO COLEGIADOS Y VENTANILLA ÚNICA

### DATOS PERSONALES

Nº COLEGIADO: <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRE: <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ nº. \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ PROVINCIA: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

TELF. 1: \_\_\_\_\_ TELF. 2: \_\_\_\_\_ TELF. MÓVIL: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

### DATOS PROFESIONALES

SITUACIÓN LABORAL: \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN PROFESIONAL: <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

POBLACIÓN: <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ PROVINCIA: <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ C.P. <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

TELF. 1: <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ TELF. 2: <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

TÍTULO:  LICENCIADO  GRADUADO      FECHA TITULACIÓN: \_\_\_\_\_

FACULTAD: \_\_\_\_\_ DOCTOR:  SI  NO

FECHA DOCTORADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: <sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ CERTIFICADA:  NO  SI ENTIDAD CERTIFICADORA: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN PARA RECOGIDA DE DATOS PERSONALES**

Don/Dña. \_\_\_\_\_ Colegiado Nº \_\_\_\_\_  
con DNI: \_\_\_\_\_ y domicilio a efectos de notificación en:  
\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ y teléfono de contacto \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo y consiento en el tratamiento de cuantos datos personales haya facilitado al ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE CÓRDOBA, con Cif. Q-1471001-F incluidas mis imágenes que pudieran ser captadas dentro de sus instalaciones, para publicitar la entidad, en el desarrollo de reuniones organizadas por el Colegio.

La información facilitada, será registrada en un fichero de datos de carácter personal, del que es responsable el Colegio y será usada con la finalidad de la defensa de mis intereses propios de mi actividad como Veterinario y de obtener condiciones ventajosas en los productos y servicios que el Colegio concierte a través de los diferentes convenios suscritos.

Declaro conocer dicha finalidad y acepto expresamente cualquier cesión o comunicación de mis datos a terceros, que fuera necesaria para el óptimo desarrollo de los fines anteriormente expuestos, incluida su publicación en la web del Colegio. Cualquier otro uso de mis datos personales requerirá de mi previo y expreso consentimiento.

Estando informado de que podré ejercer en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos personales, en la dirección de la mencionada entidad, sita en Avda. del Brillante, 69; 14012 de Córdoba.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Deberán cumplimentarse, cuidadosamente y a bolígrafo o pluma y con letra clara, los datos requeridos en esta Solicitud. No efectuar tachaduras ni correcciones.

**IMPORTANTE: DEBERÁ FIRMAR EL BOLETÍN.**

**Compañía Aseguradora: Generali España, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**

Nº de Póliza	Centro	Certificado	
Sucursal	Agente Productor	Agente de Cobro	Fecha de Efecto / /

**Datos del Tomador**

Nombre y Apellidos o Razón Social

**Datos personales del Asegurado:**

Nombre y Apellidos					
N.I.F.	Fecha de Nacimiento	Sexo	E. Civil	Hijos	Profesión
Domicilio					Teléfono
Código Postal	Clave	Población		Provincia	

**Datos del Beneficiario**

- Por orden preferente y excluyente de relación de parentesco con el Asegurado: a) Cónyuge; b) Todos los hijos por partes iguales; c) Padre; d) Madre; e) Todos los hermanos por partes iguales; f) Herederos legales.
- Cónyuge.
- Cónyuge o, en su defecto, todos los hijos del Asegurado por partes iguales.
- Cónyuge y todos los hijos del Asegurado por partes iguales
- Todos los hijos del Asegurado por partes iguales.
- Padres del Asegurado por partes iguales o el superviviente de ambos.
- Todos los hermanos del Asegurado por partes iguales.
- Herederos legales
- Padre del Asegurado.
- Madre del Asegurado.
- Por orden preferente y excluyente de relación de parentesco con el Asegurado: a) Cónyuge; b) Los hijos del Asegurado; c) Los Padres del Asegurado; d) En defecto de aquéllos, sus legítimos herederos.
- Expresamente designado por el Asegurado (Sólo rellenar cuando no se haya elegido alguna fórmula anterior. Se hará figurar apellidos, nombre y N.I.F.).

**Capitales**

Fallecimiento	Invalidez	Incapacidad	Fallecimiento Accidente	Fallec. Accidente Circulación

**Otros datos**

Extraprimas (a cumplimentar por la Compañía)

Fallecimiento	Invalidez	Incapacidad	Fall. Accid.	Fall. Acc. Circ.

**Declaración de Estado de Salud**

1. ¿Se encuentra Vd. en la actualidad inactivo por baja laboral o ha padecido Vd. en los últimos seis meses enfermedad o accidente que le haya mantenido inactivo durante más de quince días consecutivos? Sí  No

En caso afirmativo indique causa, inicio y eventual término de la baja. Causa: \_\_\_\_\_  
 Inicio: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

El abajo firmante ratifica ser ciertas y sinceras las contestaciones antes expresadas y no haber omitido, desvirtuado ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida, y releva expresamente el secreto profesional y legal a cualquier a cualquier médico que le hubiese reconocido o asistido en sus dolencias y le autoriza a revelar al Asegurador los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o de los que hubiera adquirido conocimiento al presentarle sus servicios.  
 Los datos que se recogen en este impreso son necesarios para valorar y delimitar el riesgo, así como para iniciar y mantener la relación contractual. Podrán ser tratados informáticamente con la necesaria discreción, con la finalidad de prestar tanto el aseguramiento como el eventual reparto o cesión del riesgo. Los afectados podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en su caso.  
 La confidencialidad de la información está protegida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El Tomador del Seguro  
(Firma o sello de la Empresa)

Leído y conforme: \_\_\_\_\_ El Asegurado



(Cumplimentar voluntariamente sólo en caso de nueva colegiación)

## **BIENVENIDA DE AMA A NUEVOS COLEGIADOS**

A.M.A., la Mutua de los profesionales sanitarios, obsequia a todos los nuevos colegiados con un Regalo de Bienvenida.

Para ello, precisamos nos cumplimente sus datos personales o profesionales, autorizándonos, al mismo tiempo, a remitirle información sobre los seguros de A.M.A. sin ningún tipo de compromiso.

Nº Colegiado: _____	
Nombre: _____	Apellidos: _____
NIF: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Domicilio: _____	
Localidad: _____	C.P.: _____
Teléfono: _____	E-mail: _____
Firma	

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

En cumplimiento de lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es P.S.N. Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de seguros a prima fija, con la finalidad de llevar a cabo el servicio solicitado. Con el envío de este formulario, usted otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberán dirigirse a la dirección: C/ Santa María Magdalena, 15-28016-Madrid.