



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL  
DE DENTISTAS DE CÓRDOBA**

**NÚMERO DE COLEGIADO**

**14 / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
FECHA DE SOLICITUD DE TRASLADO**

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE COLEGIAL

DATOS PERSONALES						
NOMBRE			APELLIDOS			
N.I.F. // D.N.I.		FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO DE CONTACTO		SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
¿TIENE CONTRATADO EL SEG. RESP. CIVIL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo INDIQUE EL CAPITAL SUSCRITO		Nº DE PÓLIZA		FECHA CUMPLIMIENTO DE LA PÓLIZA
EXTRANJEROS (Ciudadanos Comunitarios y no Comunitarios)						
N.I.E. / Nº DE PASAPORTE			NACIONALIDAD			
Nº PERMISO DE RESIDENCIA		FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE CADUCIDAD		
Nº PERMISO DE TRABAJO		FECHA DE EXPEDICIÓN		FECHA DE CADUCIDAD		
TITULACIÓN PROFESIONAL						
TÍTULO ACADÉMICO			UNIVERSIDAD			
PAÍS		FECHA DE EXPEDICIÓN				
HOMOLOGACIÓN / RECONOCIMIENTO AL TÍTULO ESPAÑOL [1]		NÚMERO DE RESOLUCIÓN [1]		FECHA DE RESOLUCIÓN [1]		
[1] En el supuesto de titulación expedida por Universidad Extranjera / Universidad de País Comunitario						
DATOS DE LA DOMICILIACIÓN BANCARIA DE LAS CUOTAS A COBRAR						
CÓDIGO CUENTA CLIENTE			NOMBRE DEL BANCO		PROVINCIA	
IBAN	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº DE CUENTA		
OTROS // OBSERVACIONES (Señalar lo que proceda)						
CONDICIÓN DE PROCEDENCIA CON EJERCICIO <input type="checkbox"/> SIN EJERCICIO <input type="checkbox"/>		COLEGIO DE PROCEDENCIA				
DATOS DEL COLEGIO PARA EL CUAL SOLICITA EL TRASLADO						
NOMBRE DEL COLEGIO			CONDICIÓN CON EJERCICIO <input type="checkbox"/>		CONDICIÓN SIN EJERCICIO <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL PARA EL QUE SOLICITA EL TRASLADO						
DIRECCIÓN (Calle, Avda., Plaza.... número, piso, puerta...)			POBLACIÓN / PROVINCIA		C.P.	
EJERCICIO ÚNICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		EJERCICIO PRINCIPAL (Indique domicilio, provincia, población, CP...)			HORARIO DE CONSULTA	

### SOLICITA

Su traslado al **ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE \_\_\_\_\_**, a cuyo efecto declara que sus circunstancias personales son las expresadas en esta solicitud y que no se encuentra incapacitado ni inhabilitado para el ejercicio profesional de Dentista.

**Córdoba, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

**FIRMADO:**

**REGISTRO DE ENTRADA**