



SOLICITUD DE CERTIFICADO

D/D^a _____

con número de colegiado/a _____ solicito de ese Ilustre Colegio certificado
acreditativo de _____

a efectos de _____

Segovia, a ____ de _____ de _____

Firmado: _____

Retiré el ____ de _____ de _____

Firmado: _____

Los datos que figuran en este formulario serán incluidos en la base de datos que existe en este Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos y que tiene por finalidad el cumplimiento de los fines asignados por los Colegios Profesionales por la Ley 2/1974, de 13 de Febrero, de Colegios Profesionales (señaladamente artículo 5.J) y su información será utilizada por las autoridades colegiales para dichos fines. Es obligatoria la cumplimentación de este cuestionario, en el caso de que los datos recabados hayan sufrido variación desde la última comunicación y su negativa cuando sea improcedente podrá dar lugar a la imposición de las sanciones procedentes por incumplimiento del deber establecido en el artículo 18.2b) de los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General aprobados por el Real Decreto 2828/1998, de 23 de Diciembre. Los datos relativos a nombre, título, profesión, actividad, grado académico, dirección e indicación de su pertenencia a este Colegio serán publicados en la próxima edición del anuario y en la página web y serán facilitados a quien los solicite. En cualquier momento puede solicitar información de los datos obrantes en este fichero, solicitar su rectificación en lo que sean inexactos o incompletos y su cancelación.