



SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

DATOS PERSONALES

Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombre:
Número de DNI: Pasaporte / Permiso de Residencia:
Sexo: Hombre Mujer
Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:
Nacionalidad:

DOMICILIO PARTICULAR

Nombre de la Calle/ Plaza/ Avenida:
Número: piso: puerta:
Urbanización: bloque: casa/chalet:
Código postal:
Ciudad, Provincia:
País:

Teléfono particular:	Fijo:	Móvil:
----------------------	-------	--------

E-mail particular:

DATOS ACADÉMICOS

Facultad en la que se licenció y fecha:
Facultad en la que se doctoró y fecha:

Otras titulaciones obtenidas y/o cursos de postgrado		
Título	Centro docente	Año

DATOS LABORALES

Ámbito en el que ejerce: marcar con X tipo y especificar actividad

Administración Pública: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Regional/Autonómica <input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Animales de laboratorio <input type="checkbox"/> Clínica de animales exóticos/salvajes <input type="checkbox"/> Clínica de équidos <input type="checkbox"/> Clínica de pequeños animales <input type="checkbox"/> Clínica y producción de caprino <input type="checkbox"/> Clínica y producción de ovino <input type="checkbox"/> Clínica y producción de porcino <input type="checkbox"/> Clínica y producción de vacuno <input type="checkbox"/> Clínica y producción en acuicultura	<input type="checkbox"/> Clínica y producción en avicultura <input type="checkbox"/> Clínica y producción en cunicultura <input type="checkbox"/> Cooperación internacional <input type="checkbox"/> Docencia privada <input type="checkbox"/> Docencia pública <input type="checkbox"/> Empresas o laboratorios de nutrición <input type="checkbox"/> Espectáculos taurinos <input type="checkbox"/> Inspección oficial <input type="checkbox"/> Investigación	<input type="checkbox"/> Laboratorio de diagnóstico clínico <input type="checkbox"/> Mataderos <input type="checkbox"/> Medio ambiente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Salud Pública <input type="checkbox"/> Sanidad animal (Agrupación de Defensa Sanitaria) <input type="checkbox"/> Seguridad alimentaria
--	---	---	---

Nombre de la Empresa o Entidad:
Domicilio: C/ N°
C.P. Localidad Provincia
Telef. de trabajo: Fax E-mail de trabajo:
Horarios hábiles de trabajo:



SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

DATOS PERSONALES

Primer apellido:
Segundo apellido:
Nombre:
Número de DNI: Pasaporte / Permiso de Residencia:
Sexo: Hombre Mujer
Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:
Nacionalidad:

DOMICILIO PARTICULAR

Nombre de la Calle/ Plaza/ Avenida:
Número: piso: puerta:
Urbanización: bloque: casa/chalet:
Código postal:
Ciudad, Provincia:
País:

Teléfono particular:	Fijo:	Móvil:
----------------------	-------	--------

E-mail particular:

DATOS ACADÉMICOS

Facultad en la que se licenció y fecha:
Facultad en la que se doctoró y fecha:

Otras titulaciones obtenidas y/o cursos de postgrado		
Título	Centro docente	Año

DATOS LABORALES

Ámbito en el que ejerce: marcar con X tipo y especificar actividad

Administración Pública: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Regional/Autonómica <input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Animales de laboratorio <input type="checkbox"/> Clínica de animales exóticos/salvajes <input type="checkbox"/> Clínica de équidos <input type="checkbox"/> Clínica de pequeños animales <input type="checkbox"/> Clínica y producción de caprino <input type="checkbox"/> Clínica y producción de ovino <input type="checkbox"/> Clínica y producción de porcino <input type="checkbox"/> Clínica y producción de vacuno <input type="checkbox"/> Clínica y producción en acuicultura	<input type="checkbox"/> Clínica y producción en avicultura <input type="checkbox"/> Clínica y producción en cunicultura <input type="checkbox"/> Cooperación internacional <input type="checkbox"/> Docencia privada <input type="checkbox"/> Docencia pública <input type="checkbox"/> Empresas o laboratorios de nutrición <input type="checkbox"/> Espectáculos taurinos <input type="checkbox"/> Inspección oficial <input type="checkbox"/> Investigación	<input type="checkbox"/> Laboratorio de diagnóstico clínico <input type="checkbox"/> Mataderos <input type="checkbox"/> Medio ambiente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Salud Pública <input type="checkbox"/> Sanidad animal (Agrupación de Defensa Sanitaria) <input type="checkbox"/> Seguridad alimentaria
--	---	---	---

Nombre de la Empresa o Entidad:
Domicilio: C/ N°
C.P. Localidad Provincia
Telef. de trabajo: Fax E-mail de trabajo:
Horarios hábiles de trabajo:



COLEGIO OFICIAL
DE VETERINARIOS
DE MADRID

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Hoja 2 de 3

DATOS PARA FONDO DE PREVISIÓN Y OTROS SEGUROS (BENEFICIARIOS)

Estado civil:

Número de hijos a su cargo:

Nombre y apellidos de los hijos y edades	Fecha de nacimiento		
	día	mes	año

OTROS DATOS PARA SERVICIOS DE MARKETING Y COMUNICACIÓN

Colegio Veterinarios de procedencia (en el caso de que provenga de otro colegio de veterinarios):

.....

Domicilio de correo postal a efectos de comunicación: particular trabajo

E-mail de correo electrónico a efectos de comunicación: particular trabajo

¿Desea recibir Boletín Electrónico: Sí No

Relación de Asociaciones Veterinarias a las que pertenece:

.....
.....
.....

Actividades de ocio y culturales favoritas del colegiado (opcional):

.....
.....
.....

De conformidad con los Estatutos vigentes del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid, solicito la incorporación como colegiado, declarando lo siguiente:

1º.- No estoy incurso en causa de incapacitación, ni estoy inhabilitado para el ejercicio de la profesión veterinaria.

2º.- Todos los datos que figuran en esta solicitud son verdaderos en la fecha en que es firmada.

Madrid a..... de.....de 200.....

Fdo.:

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE MADRID.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, **COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE MADRID**, con domicilio en: **C/ MAESTRO RIPOLL 8, 28006 - MADRID** (en adelante **COLVEMA**), le informa, que los datos de carácter personal que usted nos proporcione, serán incorporados a un fichero responsabilidad de **COLVEMA**, debidamente inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Comunidad de Madrid, cuya finalidad es la gestión de datos personales y profesionales de colegiados a efectos de las funciones legal y estatutariamente atribuidas al Colegio, la gestión de las relaciones con los colegiados y la elaboración de la lista de colegiados. Asimismo, sus datos podrán ser cedidos, además de otras cesiones previstas en la Ley, al Consejo General de Colegios Veterinarios de España, así como a las compañías aseguradoras para la gestión de las pólizas y seguros concertados por el Colegio de forma colectiva en favor de todos los colegiados. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través de comunicación escrita a la dirección indicada aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente y concretando su solicitud.

Ejemplar para el C.O.V.M.



COLEGIO OFICIAL
DE VETERINARIOS
DE MADRID

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Hoja 2 de 3

DATOS PARA FONDO DE PREVISIÓN Y OTROS SEGUROS (BENEFICIARIOS)

Estado civil:

Número de hijos a su cargo:

Nombre y apellidos de los hijos y edades	Fecha de nacimiento		
	día	mes	año

OTROS DATOS PARA SERVICIOS DE MARKETING Y COMUNICACIÓN

Colegio Veterinarios de procedencia (en el caso de que provenga de otro colegio de veterinarios):

.....

Domicilio de correo postal a efectos de comunicación: particular trabajo

E-mail de correo electrónico a efectos de comunicación: particular trabajo

¿Desea recibir Boletín Electrónico: Sí No

Relación de Asociaciones Veterinarias a las que pertenece:

.....
.....
.....

Actividades de ocio y culturales favoritas del colegiado (opcional):

.....
.....
.....

De conformidad con los Estatutos vigentes del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid, solicito la incorporación como colegiado, declarando lo siguiente:

1º.- No estoy incurso en causa de incapacitación, ni estoy inhabilitado para el ejercicio de la profesión veterinaria.

2º.- Todos los datos que figuran en esta solicitud son verdaderos en la fecha en que es firmada.

Madrid a..... de.....de 200.....

Fdo.:

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE MADRID.

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, **COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE MADRID**, con domicilio en: **C/ MAESTRO RIPOLL 8, 28006 - MADRID** (en adelante **COLVEMA**), le informa, que los datos de carácter personal que usted nos proporcione, serán incorporados a un fichero responsabilidad de **COLVEMA**, debidamente inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Comunidad de Madrid, cuya finalidad es la gestión de datos personales y profesionales de colegiados a efectos de las funciones legal y estatutariamente atribuidas al Colegio, la gestión de las relaciones con los colegiados y la elaboración de la lista de colegiados. Asimismo, sus datos podrán ser cedidos, además de otras cesiones previstas en la Ley, al Consejo General de Colegios Veterinarios de España, así como a las compañías aseguradoras para la gestión de las pólizas y seguros concertados por el Colegio de forma colectiva en favor de todos los colegiados. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a través de comunicación escrita a la dirección indicada aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente y concretando su solicitud.

Ejemplar para el Interesado



COLEGIO OFICIAL
DE VETERINARIOS
DE MADRID

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Hoja 3 de 3

DATOS BANCARIOS

Madrid a dede 200.....

Banco:

Domicilio:

Ciudad:

Provincia:

Entidad:Oficina:DC: N° de cuenta:

Muy Srs. Míos:

Ruego a Vds. se sirvan tomar la debida nota a fin de que con cargo a mi cuenta abierta en ese banco, abonen trimestralmente, y hasta nueva orden, los recibos del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid.

Atentamente.

Fdo.:

D.	
N° de colegiado	
Domicilio:	
Población:	
Provincia:	Código Postal:



COLEGIO OFICIAL
DE VETERINARIOS
DE MADRID

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Hoja 3 de 3

DATOS BANCARIOS

Madrid a dede 200.....

Banco:

Domicilio:

Ciudad:

Provincia:

Entidad:Oficina:DC: N° de cuenta:

Muy Srs. Míos:

Ruego a Vds. se sirvan tomar la debida nota a fin de que con cargo a mi cuenta abierta en ese banco, abonen trimestralmente, y hasta nueva orden, los recibos del Colegio Oficial de Veterinarios de Madrid.

Atentamente.

Fdo.:

D.	
N° de colegiado	
Domicilio:	
Población:	
Provincia:	Código Postal:

Esta solicitud se acompañará de lo siguiente:

- *Título oficial o certificación académica en la que consten las asignaturas cursadas y la mención expresa del pago de las tasas para expedición del título correspondiente.*
- *Si procede de otro Colegio, certificado expedido por el Colegio de procedencia con expresa mención de la condición de veterinario, estar al corriente de pago de las obligaciones económicas y no estar incurso en inhabilitación temporal o definitiva para el ejercicio de la profesión.*
- *Fotocopia del D.N.I.*
- *Dos fotografías tamaño carné.*

Colegiación de Veterinarios procedentes de la Unión Europea

Los veterinarios procedentes de Estados miembros de la Unión Europea deberán aportar lo siguiente:

- Título Académico homologado o reconocido por la Subdirección General de Títulos, Convalidaciones y Homologaciones. Consejería de Títulos de la Unión Europea. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Paseo del Prado, nº 28. 28071 Madrid.(*) .
- Certificado expedido por la autoridad competente del país de origen haciendo constar que el demandante no se encuentra inhabilitado para el ejercicio de la profesión, así como traducción jurada de este documento al español.
- Pasaporte o carné de identidad o fotocopia compulsada de estos documentos.
- Dos fotografías tamaño carné.

(*) Ver texto RD 86/1987, del 16 de enero.

Colegiación de Veterinarios procedentes de Terceros Países

Los veterinarios procedentes de terceros países deberán aportar lo siguiente:

- Título homologado por la Subdirección General de Títulos, Convalidaciones y Homologaciones. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Paseo del Prado, nº 28. 28071 Madrid. (**).
- Permiso de trabajo para el ejercicio de la profesión veterinaria y no otra, concedido por el Ministerio de Trabajo.
- Permiso de Residencia, que expide el Ministerio del Interior.
- Pasaporte o fotocopia compulsada de este documento.
- Dos fotografías tamaño carné.

(**) Ver texto RD. 1171/2003, del 12 de septiembre

En todos los casos cuota de incorporación.