



FOTO

SOLICITUD DE FEDERACION

DATOS PERSONALES

N° de Federado (a diligenciar por la Federación)			
Fecha de Registro (a diligenciar por la Federación)			
Nombre:			
Apellidos:			
Nacionalidad:	N° Identificación:		Tipo:
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Telefono Móvil:	
Email:			
Domicilio ¹	Dirección		
	Detalle Dirección:		
	Cod. Postal:	Localidad/Barrio:	
	Ciudad:	Departamento:	

DATOS ACADEMICOS

Título ²			
Universidad		Ciudad:	
Fecha de expedición		Fecha de homologación ³ :	
Especialidad ⁴		Universidad:	
Subespecialidad			
Diplomado			
Cursos			

1. Este domicilio será a todos los efectos legales y estatutarios de la federación, el domicilio del federado, con la finalidad de efectuar las notificaciones de la federación (requerimientos, requerimiento de pagos atrasados, apertura de expedientes disciplinarios, etc.). Es deber del federado, sancionable disciplinariamente, notificar a la federación cualquier cambio en el mismo, en cumplimiento de la obligación federativa. En ningún caso podrá consignarse un apartado de correos o un domicilio fuera del territorio colombiano.
2. Habrá de acompañarse título original o fotocopia compulsada por Notario o, en su caso, documento acreditativo de haber satisfecho el pago de tasas de expedición del título
3. Para Títulos no pertenecientes al territorio Colombiano. Deberá presentarse original de la homologación (credencial) junto al título original.
4. Deberá aportarse documento acreditativo (original) y, en su caso, las convalidaciones del mismo.



Domicilio Profesional Primario

Denominación de la Clínica o Consultorio			
Domicilio ¹	Dirección		
	Detalle Dirección:		
	Cod. Postal:	Localidad/Barrio:	
	Ciudad:	Departamento:	
Telefono Fijo		Telefono Móvil:	
E-mail			
Ejerce como:	Propietario <input type="checkbox"/>	Colaborador <input type="checkbox"/>	

Domicilio Profesional Secundario

Denominación de la Clínica o Consultorio			
Domicilio ¹	Dirección		
	Detalle Dirección:		
	Cod. Postal:	Localidad/Barrio:	
	Ciudad:	Departamento:	
Telefono Fijo		Telefono Móvil:	
E-mail			
Ejerce como:	Propietario <input type="checkbox"/>	Colaborador <input type="checkbox"/>	

Domicilio Profesional Secundario 2

Denominación de la Clínica o Consultorio			
Domicilio ¹	Dirección		
	Detalle Dirección:		
	Cod. Postal:	Localidad/Barrio:	
	Ciudad:	Departamento:	
Telefono Fijo		Telefono Móvil:	
E-mail			
Ejerce como:	Propietario <input type="checkbox"/>	Colaborador <input type="checkbox"/>	

Domicilio Profesional Secundario 3

Denominación de la Clínica o Consultorio			
Domicilio ¹	Dirección		
	Detalle Dirección:		
	Cod. Postal:	Localidad/Barrio:	
	Ciudad:	Departamento:	
Telefono Fijo		Telefono Móvil:	
E-mail			
Ejerce como:	Propietario <input type="checkbox"/>	Colaborador <input type="checkbox"/>	



INFORMATIVA Y CESIÓN DE DATOS

Mediante la cumplimentación y firma del presente formulario La Federación Odontológica Colombiana Seccional Valle del Cauca:

INFORMA AL SOLICITANTE que los datos que figuran en el mismo, así como los que constan en la documentación necesaria para su federación, serán incorporados a los ficheros de los que es responsable dicha seccional, con la finalidad de permitir el cumplimiento de las obligaciones federativas y el resto de las funciones asignadas a las seccionales, de la Federación Odontológica Colombiana. Asimismo, se informa al solicitante, que presta su consentimiento expreso para ello que, la seccional remite periódicamente determinados datos de sus federados, a los efectos de que los mismos figuren en el registro público de profesionales que mantiene la Federación Odontológica Colombiana, con sede en Bogotá, Calle 93 No. 11-39.

Mediante el presente documento se informa y se recaba expresamente el consentimiento del solicitante para que, los datos relativos a foto, nombre, título, profesión, actividad, grado académico, dirección (la dirección profesional podrá incluir los datos del domicilio postal completo, número telefónico, número de fax y dirección electrónica) e indicación de pertenencia al grupo (en el caso de Colegios profesionales, podrán indicarse como datos de pertenencia al grupo los de número de federado, fecha de incorporación y situación de ejercicio profesional) puedan ser publicados en la página Web: www.focvalle.com, teniendo la consideración de fuente accesible al público.

A tales efectos, el solicitante **CONSIENTE Y AUTORIZA** a la Federación Odontológica Colombiana seccional Valle del Cauca para que, en el Listado de Federados, considerado legalmente como fuente accesible al público, pueda consignar los datos profesionales y académicos:

- NO consiento ni autorizo** que los datos que aparecen en el Listado de Federados se utilicen con fines de publicidad o prospección comercial.

Por otra parte, La Federación Odontológica Colombiana Seccional Valle del Cauca, precisa de determinados consentimientos y autorizaciones expresas de sus Federados, para la realización de determinadas actividades y servicios de interés para aquéllos, sin los cuales no sería posible su práctica. Se detallan a continuación dichas actividades y servicios para las que se precisa el consentimiento y autorización del federado, entendiéndose que, si éste no pone una marca (X) en el recuadro correspondiente, está prestando su consentimiento y autorización expresa para la actividad y servicio que se describen a continuación. Por el contrario la marca en cualquiera de las casillas siguientes, supondrá que la Federación no pueda prestar al federado los servicios para los que es necesario ese consentimiento y autorización expresa, con las implicaciones y consecuencias que ello conlleve.

De conformidad con lo anteriormente expuesto, el solicitante:

- NO CONSIENTE NI AUTORIZA** a la Federación Odontológica Colombiana y a su seccional Valle del Cauca, a comunicar los datos facilitados por el solicitante a terceros, aun cuando dicha cesión tenga por objeto el ejercicio de funciones reconocidas legalmente a los Sociedades profesionales, tales como la organización de actividades y servicios comunes de interés para los federados, de carácter personal, formativo, cultural, asistencial, de previsión y otros análogos, así como organizar cursos para la formación profesional de los postgraduados.
- NO CONSIENTE NI AUTORIZA** a la Federación Odontológica Colombiana y a su seccional Valle del Cauca, a comunicar sus datos a terceros para que estos le puedan transmitir informaciones, no directamente relacionadas con las finalidades mencionadas en el apartado anterior, pero que la citada seccional o la Federación Odontológica Colombiana considere de interés para sus federados y asociados.
- NO CONSIENTE NI AUTORIZA** a la Federación Odontológica Colombiana y a su seccional Valle del Cauca, para utilizar los datos facilitados e imagen del solicitante en las páginas web de aquéllos, siempre para finalidades legítimas y de interés para los federados.
- NO CONSIENTE NI AUTORIZA** a la Federación Odontológica Colombiana y a su seccional Valle del Cauca, para que envíe al solicitante información colegial por correo electrónico.
- NO CONSIENTE NI AUTORIZA** a la Federación Odontológica Colombiana y a su seccional Valle del Cauca, para que remita al solicitante, por correo electrónico, información comercial de utilidad profesional o de interés colegial, ofrecida por el propio Colegio o por terceros con los que la Federación firme convenio de colaboración o acuerdo al respecto.
- NO CONSIENTE NI AUTORIZA** a la Federación Odontológica Colombiana y a su seccional Valle del Cauca, para que remita al solicitante, por SMS, las informaciones necesarias que requieran una rápida y breve comunicación con el Federado.



El solicitante se obliga expresamente a comunicar, a la mayor brevedad posible, a la Federación Odontológica Colombiana Seccional Valle del Cauca, cualquier cambio en los datos facilitados en el presente formulario, asumiendo todas las responsabilidades, de cualquier tipo, que conlleve la no comunicación de tales cambios y, como consecuencia de ello, la no rectificación y actualización de sus datos en los ficheros propiedad de la Federación.

Se **INFORMA**, asimismo al solicitante que, podrá ejercer los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación, comunicándolo por escrito a la Secretaría General de la Federación Odontológica Colombiana Seccional Valle del Cauca, via email a focvalle@yahoo.com, adjuntando su nombre, apellidos, dirección y fotocopia del documento de identificación por las dos caras e indicando como Ref^a: *Protección de datos*.

Declaración final y solicitud a la junta Directiva

Por la firma del presente, al final y al margen de todas sus hojas, **MANIFIESTO**:

- a. La veracidad de todos los datos anteriormente consignados.
- b. Mi inequívoco consentimiento, en cuanto me es exigible para todo lo concerniente a la incorporación, tratamiento y cesión de datos.
- c. Mi conocimiento y acatamiento a las disposiciones que regulan los asociaciones profesionales, y los Estatutos Federativos por lo que se gobierna esta seccional así como las disposiciones contenidas en el Código de Ética y Deontología Profesional disposiciones todas ellas que me obligo a cumplir.
- d. Mi conocimiento y acatamiento de otras obligaciones que me impone la legislación vigente, y que se reflejan en el recibo de documentación anexo a la presente solicitud.

Y A LA JUNTA DIRECTIVA SOLICITO: Que proceda, previa verificación de los requisitos exigibles en la legislación vigente, a dictar resolución por la que se acuerde mi inscripción en esta corporación como FEDERADO NUMERARIO con todos los derechos y obligaciones inherentes a tal condición.

Lo que solicito en Santiago de Cali, a.....de.....de 20.....

Firma original del solicitante

(Espacio reservado a la Administración de la Seccional)

La Junta Directiva en sesión celebrada el día..... de..... de....., a la vista de la presente solicitud, acordó

Vº Bº El Presidente,

El Secretario,