



DOCUMENTS D'ALTA

COL·LEGI D'HIGIENISTES DENTALS DE CATALUNYA

DOCUMENTACIÓ NECESSÀRIA PER COL·LEGIAR-SE

1. **Foto actual** tipus carnet.
2. Fotocòpia compulsada del **DNI/NIE**.
3. Fotocòpia compulsada del **títol d'Higienista Bucodental** (FPII o grau superior) o resguard d'haver-lo sol·licitat; o del certificat d'**habilitació professional**.
4. En el cas dels / les higienistes dentals exercents, aquests/es hauran d'aportar una fotocòpia de la primera pàgina de la **pòlissa de responsabilitat civil** on aparegui el seu nom complet i número de DNI i data de venciment. Qui no la tingui, podrà subscriure's a la del Col·legi. La possessió d'una assegurança de responsabilitat és obligatòria en virtut de l'article 46 de la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries.
5. Resguard de **pagament de 90 €** en concepte d'alta. Aquest import s'ha d'abonar mitjançant transferència bancària al compte del Banc Sabadell del Col·legi

ES58-0081-0142-7300-0209-9818

Quotes col·legials

L'1 de juliol de 2023, l'Assemblea Constituent va aprovar les quotes col·legials següents:

Quota d'alta, 90 €.

Professionals en exercici:

- Quota trimestral, 42 €.

Professionals no exercents:

- Higienistes Dentals a l'atur, 21 € / trimestre.
- Higienistes Dentals jubilats, 10,5 € / trimestre.
- Altres situacions, 31,5 € / trimestre.

() Per obtenir la quota bonificada, el/la col·legiat/da ha de justificar la seva condició de no exercent documentalment un mes abans del cobrament de la quota trimestral. És responsabilitat del/la col·legiat/da enviar el justificant a secretaria un mes abans de l'inici del trimestre. En cas contrari, la quota no tindrà la bonificació i passarà a ser de 42 €*

⚠ IMPORTANT!

La falta de pagament de les quotes ordinàries i extraordinàries, derrames i altres aportacions extraordinàries comportarà la prohibició a assistir als cursos i activitats gratuïtes, a les Assemblees, a participar dels processos electorals i a gaudir dels serveis del Col·legi. També es podrà perdre la condició de persona col·legiada i el número de col·legiat, prèvia tramitació del procediment que estableixi la Junta de Govern, si la falta de pagament de les citades quotes, derrames i altres aportacions excedeix l'equivalent a sis mesos.

Per sol·licitar de forma voluntària la baixa, el col·legiat/da ho haurà de comunicar per escrit com a mínim amb un mes d'antelació a l'inici del trimestre, de conformitat amb el procediment acordat per la Junta de Govern i segons consta en l'article 17.1a) dels Estatuts del Col·legi d'Higienistes Dentals de Catalunya. La baixa no eximeix al col·legiat/da del pagament de les quotes pendents, ni de la quota ordinària, ni extraordinària en curs.

COHIDEC

Carrer Casp, 130, 3a planta, Despatx 11, 08013 Barcelona

Telèfon: 933210744

Correu electrònic: secretaria@cohidec.cat

Web: www.cohidec.cat

SOL·LICITUD D'ALTA
COL·LEGI D'HIGIENISTES DENTALS DE CATALUNYA

Núm. col·legiat/da:
A emplenar pel Col·legi

Nom i cognoms: _____

DNI núm: _____

Data de naixement: ____ / ____ / ____

Telèfon mòbil: _____ Altre telèfon: _____

EXPOSO

Que desitjo pertànyer al Col·legi d'Higienistes Dentals de Catalunya amb intenció d'exercir la professió i, per tal de justificar que reuneixo les condicions legals precises, d'acord amb el que disposen els Estatuts col·legials i la normativa vigent d'aplicació, adjunto els documents necessaris d'acord amb aquesta condició.

SOL·LICITO

Que previ pagament dels drets econòmics corresponents i la presentació de la documentació acreditativa, s'acordi la meva incorporació a aquest Col·legi com a

☐ col·legiat/da exercent

☐ col·legiat/da no exercent.

☐ Jubilat/da

☐ Aturat/da

☐ Altres: _____

Signatura:

Data: ____ / ____ / ____

A LA JUNTA DE GOVERN DEL COL·LEGI D'HIGIENISTES DENTALS DE CATALUNYA

DADES DEL REGISTRE COL·LEGIAL

La normativa que regula els col·legis professionals, la Llei 2/1974 i la Llei 7/2006, obliguen a donar accés públic al registre de col·legiats, que ha d'estar permanentment actualitzat, a través de la nostra web. En aquets sentit, el Col·legi publicarà a la seva pàgina web les dades següents que seran de lliure accés per a tothom:

- Número de col·legiat,
- nom i cognoms de la persona col·legiada,
- si és exercent o no exercent

També es poden incloure les dades següents:

- Títols oficials que posseeix el col·legiat.
- Domicili professional.

☐ Sí, autoritzo a que s'incloguin al registre col·legial les titulacions oficials que posseeixo.

☐ Sí, autoritzo que aparegui el domicili professional.

☐ No, no autoritzo que apareguin ni els títols que posseeixo ni el domicili professional.

Finalitats publicitàries del registre

Marqueu si voleu que s'indiqui al registre col·legial les vostres preferències publicitàries i de prospecció comercial.

☐ Sí, autoritzo que es puguin utilitzar les meves dades incloses al registre col·legial amb finalitats publicitàries i de prospecció comercial per a terceres persones.

☐ No, no autoritzo que es puguin utilitzar les meves dades incloses al registre col·legial amb finalitats publicitàries i de prospecció comercial per a terceres persones.

En el cas de no autoritzar-ho, al vostre perfil del registre s'inclourà la llegenda "Aquest col·legiat/da ha indicat que les seves dades personals no es poden utilitzar per a finalitats publicitàries o de prospecció comercial".

Signatura:

Data: ____ / ____ / ____

ALTRES DADES NECESSÀRIES PER AL DESENVOLUPAMENT DE LES FUNCIONS COL·LEGIALS

Adreça residència: _____

Població: _____ Codi postal: _____

Província: _____

Correu electrònic : _____

Titulació acadèmica aportada:

- ☐ Grau Superior en Higiene Bucodental.
- ☐ Tècnic Higienista Dental (FP II).
- ☐ Habilitació professional bucodental.
- ☐ Altres titulacions homologades d'higienista dental.

Any titulació: _____ Escola: _____

Dades laborals

(Només per a col·legiats/des exercents)

Nom Clínica Dental: _____

Adreça: _____

Població: _____ Codi Postal: _____

Telèfon: _____

Règim de previsió social actual

- ☐ Autònom/a ☐ Règim General

Signatura:

Data: ____ / ____ / ____

DECLARACIÓ JURADA

Nom i cognoms: _____

DNI núm: _____

DECLARO,

sota la meva responsabilitat, que no estic incurs/a en cap causa d'incompatibilitat per a l'exercici lliure i independent de la professió d'higienista dental, així com tampoc en cap situació d'inhabilitació professional ni en cap causa de denegació de la incorporació.

Signatura:

Data: ____ / ____ / ____

SOL·LICITUD D'ALTA

PÒLISSA DE RESPONSABILITAT CIVIL PROFESSIONAL

i *Només per a professionals que no tinguin contractada una assegurança de responsabilitat civil.*

Nom i cognoms: _____

DNI núm: _____

Data de naixement: ____ / ____ / ____

Adreça residència:

Població: _____ Codi postal: _____

Província: _____

Telèfon mòbil: _____ Altre telèfon: _____

Correu electrònic :

Número de compte corrent:

Número de compte IBAN

[illegible]

Swift BIC (Només per a comptes bancaris estrangers)

[illegible]

SOL·LICITO.

L'alta de la pòlissa de responsabilitat civil que l'Il·lustre Col·legi d'Higienistes Dentals de Catalunya ofereix als seus col·legiats amb la companyia asseguradora AMA, renovable cada any, amb un capital cobert de 150.000 €.

MANIFESTO

Que em dono per assabentat que el cost anual és d'un import de 29,72 € i que l'abonament s'efectuarà com a pagament únic obligatori. Per aquest motiu autoritzo al fet que em sigui carregat en el meu compte el corresponent rebut de 29,72 €.

Signatura:

Data: / /

Nota informativa

Pòlissa intercedida per AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, Mutua de Seguros a Prima Fija, en endavant AMA; amb domicili al Parque Empresarial Cristalia, Edificio 4, 28033 Madrid i CIF G-28177657. Inscrita al Registre Mercantil de Madrid, Tom 25617, Foli 53, Secció 8, Full M-6.

El client reconeix haver rebut d'AMA tota la informació a què fa referència l'article 42 de la Llei 26/2006 de 17 de juliol de Mediació d'Assegurances i Reassegurances Privades i declara que entén i coneix el contingut de la pòlissa d'assegurança.

De conformitat amb el que preveu l'article 44 de la Llei 26/2006 de 17 de juliol, per a qualsevol reclamació en relació amb els serveis de Mediació d'Assegurances prestades s'haurà d'adreçar a l'adreça de correu electrònic barcelona@amaseguros.com.

La relació contractual de la pòlissa serà entre la companyia asseguradora AMA i l'assegurat. La data d'alta de la pòlissa serà la mateixa de l'alta de col·legiació.

Protecció de dades

De conformitat amb el que disposa el Reglament UE 2016/679 pel qual s'aprova el Reglament General de Protecció de Dades ("RGPD"), us informem que amb la signatura d'aquest document, ens autoritzeu a cedir a la companyia asseguradora AMA les vostres dades personals perquè puguin tramitar l'alta de la vostra pòlissa de responsabilitat civil professional.

- **Responsable de tractament:** AMA
- **Finalitat:** Prestació de serveis de mediació d'assegurances privats. Realitzar anàlisis o estudis i promocionar i fer oferta de productes propis o de tercers comercialitzats per AMA. Complir amb les obligacions legals i reguladores.
- **Legitimació:** Execució d'un contracte. Interès legítim. En compliment d'obligacions legals.
- **Termini de conservació:** Mentre perduri la relació contractual exceptuant aquells casos en els quals hi hagi una obligació legal de conservació.
- **Base Legítima:** El consentiment de l'interessat.

Nom i Cognoms: _____ DNI: _____

Signatura:

Data: ____ / ____ / ____

INFORMACIÓ EN L'ÀMBIT DE LA PROTECCIÓ DE DADES

D'acord amb la normativa vigent en matèria protecció de dades de caràcter personal, l'informem que les seves dades seran incorporades als nostres fitxers titularitat del COL·LEGI D'HIGIENISTES DENTALS DE CATALUNYA (COHIDEC) amb CIF Q0802422F i domicili social situat al Carrer Casp, 130, 3a planta, Despatx 11, 08013 de BARCELONA. A continuació es relacionen les finalitats, terminis de conservació i bases legitimadores per a les quals es recullen les seves dades personals. Per a aquells tractaments que ho requereixin, també s'informa de la possible elaboració de perfils i tractaments automatitzats, així com de les possibles cessions i transferències nacionals i/o internacionals que el COL·LEGI D'HIGIENISTES DENTALS DE CATALUNYA té previst realitzar:

- **Finalitat:** Captació, registre i tractament de les dades dels participants per gestionar la inscripció i la participació en les activitats, conferències i/o seminaris organitzats pel Col·legi.
- **Termini de conservació:** Durant el termini estrictament necessari per complir amb la finalitat esmentada.
- **Base Legítima:** El consentiment de l'interessat.

- **Finalitat:** Gestió administrativa, facturació, comptabilitat i obligacions legals.
- **Termini de conservació:** Cinc anys.
- **Base Legítima:** En compliment de la Llei General Tributària.
- **Cessions:** Les seves dades seran comunicades, en cas de ser necessari, a l'Agència Tributària, bancs, caixes i organismes i/o administració pública competents en la matèria amb la finalitat de complir amb les obligacions tributàries i fiscals establertes a la normativa aplicable. A més, s'informa que la base legitimadora de la cessió és el compliment d'una llei.

- **Finalitat:** Gestió i tramitació de les obligacions i deures que es derivin del compliment de la normativa a la qual estigui subjecta l'entitat.
- **Termini de conservació:** Conservació de les còpies de documents fins que prescriguin les accions per reclamar-li una possible responsabilitat.
- **Base Legítima:** El compliment d'una llei.
- **Cessions:** Les seves dades seran comunicades en cas que sigui necessari a organismes i/o administració pública competents en la matèria amb la finalitat de complir amb les obligacions establertes a la normativa aplicable. A més, s'informa que la base legitimadora de la cessió és el compliment d'una llei.

Signatura:

Data: ____ / ____ / ____

- **Finalitat:** Registre i tractament de les seves dades amb finalitats administratives i associatives, així com la gestió de les condicions i avantatges de ser soci.
- **Termini de conservació:** Mentre perduri el consentiment prestat exceptuant aquells casos en els quals hi hagi una obligació legal de conservació.
- **Base Legítima:** El consentiment de l'interessat.

☐ Desitjo rebre publicitat i promocions de tercers seleccionades i enviades pel Col·legi. En cap cas, cedirem les teves dades a altres entitats sense el teu consentiment. En qualsevol moment podràs donar-te de baixa a través de l'opció habilitada amb els termes següents:

- **Finalitat:** Captació, registre i tractament de dades amb finalitats publicitàries i de prospecció comercial.
- **Termini de conservació:** Mentre es mantingui el consentiment prestat.
- **Base Legítima:** El consentiment de l'interessat.

☐ Autoritzo al Col·legi a difondre públicament la meua imatge a través de la seva pàgina web, xarxes socials i/o publicacions periòdiques gestionades per la corporació amb els termes que es detallen a continuació:

- **Finalitat:** Captació, enregistrament i tractament d'imatges de les imatges capturades mitjançant fotografies i/o vídeos realitzats per l'entitat, amb la finalitat de potenciar la imatge corporativa i/o promoure les activitats de l'entitat i publicar-les a la pàgina web i/o xarxes socials de l'entitat.
- **Termini de conservació:** Sempre que es mantingui el consentiment prestat.
- **Base Legítima:** El consentiment de l'interessat.

Les dades que ha facilitat es tractaran pel COHIDEC d'acord amb les finalitats descrites en aquest document, i en aquest sentit se l'informa que podrà exercir, els seus drets d'accés, rectificació o supressió, o la limitació al seu tractament, i a oposar-se al tractament, així com el dret a la portabilitat de la dades a la següent adreça de correu electrònic secretaria@cohidec.cat, sens perjudici del seu dret a també a presentar una reclamació davant una autoritat de control, tal com l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades, al Carrer Casp, 130, 3a planta, Despatx 11 08013 Barcelona, i telèfon 935527800. En tot cas podrà retirar, el seu consentiment en qualsevol moment sense que la retirada afecti a la licitud del tractament basat en el consentiment abans de la seva retirada.

Signatura:

Data: ____ / ____ / ____

Tant mateix, l'informem que pot posar-se en contacte amb el Delegat de Protecció de Dades dirigint-se per escrit a l'adreça de correu electrònic dpd.cliente@conversia.es o al telèfon 902 877 192.

☐ He llegit i em dono per assabentat/da de la informació anterior en matèria de protecció de dades de caràcter personal.

Nom i Cognoms: _____

DNI: _____

Signatura:

Data: ____ / ____ / ____