



**COLEGIACIONES**

Paseo Ruiseñores, 2 – 50006 Zaragoza – Tel.: 976 38 80 11 – Email: [atencioncolegiado@comz.org](mailto:atencioncolegiado@comz.org)

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE IDONIEDAD PROFESIONAL**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI/NIE/Pasaporte núm.: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: .... / .... /..... Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Título de formación básica en Medicina: Lic. En Medicina y Cirugía  Licenciado  Grado

Año: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ Universidad: \_\_\_\_\_

Título de especialista: \_\_\_\_\_

Ámbito de trabajo: En paro  Atención Primaria  Hospitalario  otros

Carácter: Público  Privado  Mixto  Concertado

Fecha de colegiación: Alta: .... / .... /..... Baja: .... / .... /.....

¿Está o ha estado sancionado para el ejercicio de la medicina?: SI  NO

Idioma en el que se expedirá el certificado: Castellano  Francés  Inglés  Portugués

Solicito el certificado por motivos de: Trabajo  Estudios  Cooperación al Desarrollo   
Homologación  Darse de baja en GMC  Otros  \_\_\_\_\_

Ha estado colegiado en otros colegios de España (indique cuales): \_\_\_\_\_

País de destino: \_\_\_\_\_ Tiempo de estancia: \_\_\_\_\_

Si es para presentar en España, indique el motivo: \_\_\_\_\_

(para trabajos en España, solicitar certificado de colegiación)

Fecha: .... / .... /..... Nº de colegiado/a nacional: \_\_\_\_\_

Solicito que se envíe copia al siguiente organismo:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Australian Health Practitioner Regulation Agency – AHPRA | <input type="checkbox"/> Supereme Council of Health               |
| <input type="checkbox"/> College of Physycians and Surgeons of Ontario            | <input type="checkbox"/> General Medical Council                  |
| <input type="checkbox"/> College of Physycians and Surgeons of Alberta            | <input type="checkbox"/> Singapore Medical Council                |
| <input type="checkbox"/> Danish Patient Safety Authority                          | <input type="checkbox"/> Service du Médecin Cantonal Genève       |
| <input type="checkbox"/> Educational Commision for Foreign Mediacal Graduates     | <input type="checkbox"/> BIG Register                             |
| <input type="checkbox"/> Statens Atorisasjons – Kontor for Helsepersonell – SAK   | <input type="checkbox"/> Health Professional Licensing Department |
| <input type="checkbox"/> University of Iowa Hospitals and Clinics                 | <input type="checkbox"/> Irish medical Council                    |
| <input type="checkbox"/> Norwegian Directorate for Health                         |   |

Firma: \_\_\_\_\_  
(Firma del carné colegial o documento de identidad)

El ICOMZ tratara la información que nos facilita con el fin de tramitar su solicitud del certificado de idoneidad profesional. La información que Vd. facilite deberá ser actual, exacta y verídica, siendo el interesado el único responsable de cualquier falsedad o inexactitud de la misma. Los datos proporcionados se conservarán durante los plazos previstos por la legislación específica. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cumplimiento de los artículos 15 a 21 del reglamento UE2016/679 usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose a [lopd@comz.org](mailto:lopd@comz.org)