



Avda. de Numancia 1
06800 - MÉRIDA
Tlf. Y Fax: 924 373 638
E-mail: colegioextremadura@colprodentaex.com

SOLICITUD DE COLEGIACIÓ N° COLEGIADO

AÑO

En virtud de lo establecido en la Ley 1/2000, de 16 de marzo, de creación del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Extremadura, manifiesto mi condición de Protésico Dental, y por tanto solicito a la Junta de Gobierno del Colegio, mi incorporación al mismo, aceptando cumplir con lo dispuesto en los Estatutos del Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Extremadura, así como los acuerdos de los órganos de Gobierno y demás normativas que le afecten.

DATOS PERSONALES

Nombre: Apellidos:

Domicilio:

N°: Piso: Letra:

Población: Provincia: C.P.:

Teléfono: Fax: Móvil:

E-mail:

DATOS PROFESIONALES

Titulado (*Entregar fotocopia compulsada*):

Habilitado (*Entregar fotocopia del certificado de habilitación compulsada*):

Trabaja:

Cuenta Propia

Cuenta Ajena

Ejerciente

No Ejerciente

Laboratorio donde realiza la actividad (*Nombre o Razón Social*)

Director Técnico:

Dirección del laboratorio:

N°: Piso: Letra:

Provincia: Población: C.P.:

Teléfono: Fax:

E-mail:

Tengo empleados a mi cargo:

SI

NO

N.
Empleados:

TRASLADO DE EXPEDIENTE

¿Está usted colegiado en otro Colegio Profesional? SI NO

Provincia en la cual está inscrito:

Colegio de procedencia

¿Va a realizar un traslado de expediente? SI NO

Laboratorio donde realiza la actividad (*Nombre o Razó Social*)

Director Técnico:

Dirección del laboratorio:

Nº:

Piso:

Letra:

Provincia:

Población:

C.P.:

Teléfono:

Fax:

E-mail:

El abajo firmante, declara la veracidad de los datos aquí expresados y solicita le sea concedida la colegiación.

En a 26 de julio de 2026 **A LA JUNTA DE GOBIERNO**

Fdo.: