

D/Dª.

Colegiado/a nº. \_\_\_\_\_, con D.N.I. nº. \_\_\_\_\_ y con domicilio en:

C.P. \_\_\_\_\_ de

teléfono: \_\_\_\_\_ móvil \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**SOLICITA LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE PROFESIONALES DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE LA PROVINCIA DE ....., PARA LO CUAL DECLARO:**

1º Estar colegiado/a de conformidad a lo prevenido en los Estatutos vigentes.

2º Que la fecha en la que se solicita la inscripción en el registro es: \_\_\_\_\_

3º Que la modalidad profesional elegida es:

<input type="checkbox"/>	Ejercicio realizado en el domicilio del cliente sobre animales de su propiedad.
<input type="checkbox"/>	Ejercicio realizado en consultorio, clínica, hospital veterinario o centro de referencia.
<input type="checkbox"/>	Ejercicio realizado como veterinario responsable de criaderos, tiendas de animales, centros de acogida de titularidad pública o privada u otros núcleos zoológicos con los animales de estos centros.
<input type="checkbox"/>	Ejercicio realizado en un local autorizado temporalmente por la Administración y que cumpla los requisitos del Reglamento.
<input type="checkbox"/>	Ejercicio realizado por cuenta propia en consultorio, clínica u hospital veterinario por un veterinario externo al centro en el que presta servicios especializados y/o que aporta medios e instrumentos de los que no dispone el centro, o bien de otro centro pero que utiliza todos o alguno de los medios del centro donde se realiza la actividad.

4º Que el lugar, centro veterinario, población o zona en la que pienso desarrollar mi actividad habitualmente será:

sito en la c/ \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

5º Los datos son ciertos y corresponden con la realidad, asumiendo cualquier responsabilidad por inexactitud de los mismos.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EL VETERINARIO.

EL DIRECTOR FACULTATIVO  
DEL CENTRO VETERINARIO.

Fdo.

Fdo.

SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE .....

A los efectos de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos consignados por ud. en el presente formulario, serán recogidos en un fichero cuyo responsable es el Colegio de Veterinarios de ..... Autoriza ud. expresamente al Colegio de Veterinarios de ..... a la comunicación de sus datos a los terceros, organismos públicos o privados, que resulten necesarios para la prestación de servicios de este colegio profesional. Ud. tiene derecho de acceso a dicho fichero y rectificación de sus datos personales que resulten erróneos u obsoletos. Igualmente tienen derecho de cancelación y oposición al tratamiento de sus datos personales. El ejercicio de estos derechos podrá efectuarse dirigiéndose por escrito a: Colegio de Veterinarios de ..... (dirección postal del Colegio).