



Indicaciones para cumplimentar el formulario

Agilice el proceso. Realice el trámite completo de manera digital.

- Descargue, cumplimente el formulario digitalmente, inserte su firma (visible) mediante certificado electrónico reconocido, y envíelo a info@coelp.es
- Para incluir su firma manual cumplimente primero los campos requeridos de forma digital e imprima a continuación el formulario para su firma. En este caso, deberá escanearlo y enviarlo por correo electrónico a info@coelp.es adjuntando, además, una copia del DNI/NIE.



Aviso legal y protección de datos

La responsabilidad de incluir en el impreso a personas distintas de las que trabajen en la clínica dental recae exclusivamente en el dentista firmante.

Por medio del presente escrito declaro expresamente:

1. Que presto mi consentimiento para que mis datos sean tratados por el Colegio Oficial de Dentistas de Las Palmas, con la finalidad de facilitar los datos a la Consejería de Sanidad para la gestión de la campaña de vacunación contra la COVID -19, para lo cual mis datos serán enviados por canal electrónico o postal a dicha administración.
2. Que he sido informada/o de que puedo ejercer determinados derechos sobre mi información personal; en concreto, dispongo de los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición al tratamiento de la información concerniente a mis datos personales, que nunca tendrán efectos retroactivos. Para ejercerlos debo dirigirme por escrito al Colegio Oficial de Dentistas de Las Palmas, con domicilio de gestión en la calle Triana, 60, 2º, CP 35002 de Las Palmas de Gran Canaria, o bien a la dirección de correo electrónico dpd@coelp.es, adjuntando en todo caso, copia de algún documento que acredite mi identidad como copia del DNI, e indicando con claridad el derecho que deseo ejercitar.
3. Que las personas cuyos datos se incorporan a este impreso como trabajadoras de la clínica dental, han sido informadas del alcance del tratamiento de sus datos descrito en el punto 1, así como de los derechos que pueden ejercer sobre los mismos y la vía para ejercerlos descrita en el punto 2.
4. Información adicional sobre tratamiento de datos: <https://coelp.es/politica-de-privacidad.html>

En _____, a ____ de _____ de 2021

Firma

Datos del dentista colegiado:

* Datos de obligatoria cumplimentación

- Número de colegiado COELP * _____
- Nombre * _____
- Apellidos * _____
- N.I.F./N.I.E* _____
- Código de identificación personal
Tarjeta sanitaria del Servicio Canario de la Salud _____
(ver imagen)
- Isla * _____
- Municipio en el que se encuentra la clínica * _____
- Teléfono de contacto para la vacunación * _____
- Mail de contacto para la vacunación: * _____





Indique aquí nuevamente su número de colegiado _____

Datos de los trabajadores de su clínica (dentistas, higienistas dentales, auxiliares dentales, personal de administración, otro personal).

* Datos de obligatoria cumplimentación

Nombre*	Apellidos*	NIF/NIE*	Código de identificación personal Tarjeta sanitaria SCS*	Teléfono*	Mail*	Categoría profesional*



Indique aquí nuevamente su número de colegiado _____

Datos de los trabajadores de su clínica (dentistas, higienistas dentales, auxiliares dentales, personal de administración, personal de limpieza).

* Datos de obligatoria cumplimentación

Nombre*	Apellidos*	NIF/NIE*	Código de identificación personal Tarjeta sanitaria SCS*	Teléfono*	Mail*	Categoría profesional*



Indique aquí nuevamente su número de colegiado _____

Datos de los trabajadores de su clínica (dentistas, higienistas dentales, auxiliares dentales, personal de administración, personal de limpieza).

* Datos de obligatoria cumplimentación

Nombre*	Apellidos*	NIF/NIE*	Código de identificación personal Tarjeta sanitaria SCS*	Teléfono*	Mail*	Categoría profesional*