

SOL·LICITUD DE REDUCCIÓ DE QUOTES COL·LEGIALS PER MOTIU D'ATUR

A LA JUNTA DE GOVERN DEL COL·LEGI DE METGES DE BARCELONA (CoMB)

El Dr./ La Dra.

amb número de col·legiat/da....., sol·licita la reducció de quotes col·legials per motiu d'atur, i a tal efecte declara responsablement no estar treballant en cap tipus de feina remunerada en el moment de signar aquest document i contreu el compromís de notificar qualsevol canvi que es produeixi en la seva situació.

El/la sotasignat/da adjunta a aquesta sol·licitud els següents documents que tenen caràcter d'obligatoris:

- Informe de Vida Laboral** (*Tresoreria de la Seguretat Social: telèfon 901 50 20 50 , pàgina web: <http://www.seg-social.es>*) en el qual es reflecteixi la seva situació actual.
- Certificat sobre l'impost d'activitats econòmiques:** Certificat de l'Agència Tributària acreditatiu de que No està inscrit en el cens d'obligats tributaris amb la condició de metge (epígraf 831, 832 o 833) en el qual es reflecteixi la seva situació actual.

Declaro que és la seva voluntat constar en el Registre col·legial amb la Condició de NO EXERCENT, i per tant sol·licito que l'adreça pública que ha de constar és

.....
Telèfons....., e_mail.....

Coneix que passarà a la situació de col·legiat no exercent i que en el supòsit d'estar donat d'alta a la pòlissa de Responsabilitat Civil Professional del CCMC podrà contractar, si així ho desitja, la modalitat de no exercent que comporta una important reducció de cost. Amb aquesta quota reduïda podrà continuar mantenint la seva condició d'assegurat per reclamacions que pugui rebre a partir d'aquest moment i per actes mèdics realitzats amb anterioritat a aquesta situació.

També es compromet a renovar la documentació requerida cada 6 mesos, i si es dona el cas que un cop declarada l'exempció, torna a realitzar una activitat professional retribuïda, ho comunicarà al CoMB, per tal de tornar a la situació de col·legiat en exercici, al pagament ordinari de les quotes i, si ho desitja, a donar-se d'alta en l'assegurança de RCP.

Dono el meu consentiment per tal que les dades personals facilitades siguin tractades pel COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA per les finalitats i funcions que li son pròpies i, en el present cas, per a gestionar la present sol·licitud de reducció de quotes per motiu d'atur. Puc exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició al tractament de les dades davant del Responsable del tractament: *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, CIF Q 0866001A, Passeig Bonanova 47, 08017 Barcelona, per correu postal, email dpo@comb.cat o a través de l'App MetgesBarcelona. Puc, també, presentar reclamació davant de l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades.*

Data i signatura: