



ACTA DE COMPROMISO DEL PROFESIONAL

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre completo: _____ **Fecha nacimiento** / /

Documento Nacional de Identidad: _____ **Sexo:** femenino masculino

Dirección particular. C/ _____ **nº** _____ **CP** _____ **Población** _____

Teléfono fijo: _____ **Teléfono móvil:** _____

Dirección consultorio. C/ _____ **nº** _____ **CP** _____ **Población** _____

Teléfono consultorio: _____ **e-mail:** _____

Universidad o Escuela Superior: _____ **Año graduación:** _____

Número de registro profesional: _____ **Especialidad:** _____

¿A cuántos niños/adolescentes desea atender? _____

COMPROMISOS DEL PROFESIONAL

- **Asumir el tratamiento integral del niño/adolescente que se le asigne, sin ningún coste para sus padres o responsables.**
- **Informar del plan del proyecto, incluyendo las fechas**
- **Informar de los resultados alcanzados por el tratamiento desarrollado, con la asiduidad que se le indique.**
- **Informar y justificar a "Un dentista, una sonrisa", en caso de desvinculación del mismo.**
- **Actuar en la medida de lo posible, para la movilización y participación de nuevos colaboradores, divulgando las acciones y resultados de "Un dentista, una sonrisa"**

El trabajo voluntario que va a desempeñar junto al proyecto **"Un dentista, una sonrisa"** es una actividad no remunerada y no genera ningún vínculo empresarial, ni funcional, ó cualquiera, como obligaciones de empleador, seguridad social ó afines.

DECLARO: Estar enterado de las condiciones y acepto actuar como voluntario conforme a esta Acta de Compromiso.

Firma del Profesional _____

Fecha / /

Enviar esta Acta de Compromiso, vía escáner a **"Un dentista, una sonrisa"** dentalcoop@gmail.com para dar viabilidad al proceso