

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> RESIDENTE | <input type="checkbox"/> PRIMERA COLEGIACIÓN |
| <input type="checkbox"/> NO RESIDENTE | <input type="checkbox"/> REINCORPORACIÓN |
| | <input type="checkbox"/> CAMBIO COLEGIO DE RESIDENCIA |

Registro de Entrada

D./Dña. _____,

NIF _____,

con domicilio en _____,

población _____ provincia _____ C.P. _____,

teléfono _____ móvil _____ e-mail _____,

con domicilio particular en _____,

población _____ provincia _____ C.P. _____,

teléfono _____ móvil _____ e-mail _____,

Deseo recibir la correspondencia en domicilio particular domicilio profesional

Deseo recibir las circulares colegiales via e-mail

SOLICITA

causar alta en el **Colegio Oficial de Arquitectos de Cádiz**, para lo cual aporta la siguiente documentación:

RESIDENTE

PRIMERA COLEGIACIÓN	REINCORPORACIÓN	CAMBIO COLEGIO RESIDENCIA
<input type="checkbox"/> Certificado final de estudios expedido por la Universidad correspondiente <input type="checkbox"/> Fotocopia DNI <input type="checkbox"/> Impreso domiciliación bancaria de cuotas colegiales <input type="checkbox"/> 1 Fotografía carnet <input type="checkbox"/> Ficha Colegial <input type="checkbox"/> Ficha de datos CSCAE <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Copia del título <input type="checkbox"/> Fotocopia DNI <input type="checkbox"/> Impreso domiciliación bancaria de cuotas colegiales <input type="checkbox"/> 1 Fotografía carnet <input type="checkbox"/> Ficha Colegial <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Certificado de su anterior Colegio indicando la nueva residencia <input type="checkbox"/> Fotocopia DNI <input type="checkbox"/> Impreso domiciliación bancaria de cuotas colegiales <input type="checkbox"/> 1 Fotografía carnet <input type="checkbox"/> Ficha Colegial <input type="checkbox"/> Otros

NO RESIDENTE

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Certificado de su anterior Colegio indicando la nueva residencia
<input type="checkbox"/> Fotocopia DNI
<input type="checkbox"/> Impreso domiciliación bancaria de cuotas colegiales
<input type="checkbox"/> 1 Fotografía carnet
<input type="checkbox"/> Ficha Colegial
<input type="checkbox"/> Otros |
|--|

Cádiz, a _____ de _____ de 20__

Fdo.: _____

ILMO SR. DECANO-PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS DE CÁDIZ

RGPD y normativa española concordante: los datos de carácter personal que nos proporciona cumplimentando este formulario serán tratados por ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS DE CÁDIZ, como Responsable de Tratamiento. La finalidad de la recogida y tratamiento de los datos es prestarle el servicio que nos encomienda, y responder a la mayor brevedad posible a sus preguntas, para lo que estamos legitimados en base a su consentimiento. No realizaremos análisis de perfiles ni cedemos la información salvo por obligación legal. Los datos que nos facilita están ubicados en nuestros archivos y/o servidores. Puede acceder, rectificar, limitar y suprimirlos en PLAZA DE MINA, 16 -11004 CÁDIZ. Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos en: www.agpd.es. Mayor información en el Reverso del documento, página web www.arquitectosdecadiz.com o en nuestras dependencias.