



Colegiación de arquitectos en la modalidad de libre establecimiento con titulación procedente de países de la Unión Europea

Ilmo. Sr.

Don _____ Sexo _____

Nacido el _____ en _____ Nacionalidad _____
(fecha) (ciudad y país)

Tipo de documento: DNI n.º _____ NIE n.º _____

Con título de arquitecto: _____
(Denominación en idioma de origen y abreviatura, en su caso)

expedido en _____ por _____ en fecha _____

Que se encuentra comprendido en las directivas de la CE sobre el reconocimiento de títulos en el sector de la arquitectura, según acredita con certificación expedida por el Ministerio de _____ de fecha _____.

Domicilio en España:

• profesional único o principal (Avda./C./Pl.): _____ n.º _____
pta. _____ piso _____ resto domicilio _____ Localidad _____ CP _____

• contacto (Avda./C./Pl.): _____ n.º _____
pta. _____ piso _____ resto domicilio _____ Localidad _____ CP _____

Teléfono 1: _____ Fax 1: _____ E-mail 1: _____

Teléfono 2: _____ Fax 2: _____ E-mail 2: _____

Móvil: _____ Web: _____

Conocimiento otros idiomas:	Nivel:	Alto	Medio	Bajo
<input type="checkbox"/> Alemán		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Francés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inglés		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMUNICACIONES COAIB

Desea recibir las circulares colegiales en: Catalán Castellano

Por: Correo E-mail Ambos

Desea recibir las comunicaciones de visado por: Fax E-mail Correo

Desea recibir las facturas en formato: Papel E-mail

EXPONE

Que desea ejercer la profesión de arquitecto en la demarcación de este Colegio en régimen de **establecimiento**, al amparo de lo previsto en las citadas directivas de la CE y de acuerdo con lo dispuesto en el Real Decreto 1081/1989, de 28 de agosto, modificado por el Real Decreto 314/1996, de 23 de febrero, y en la Instrucción para su aplicación, dictada por el Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España.

SOLICITA

Ser dado de alta como colegiado en régimen de **establecimiento** en la siguiente modalidad

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Colegiado RESIDENTE | <input type="checkbox"/> Colegiado EJERCIENTE |
| <input type="checkbox"/> Colegiado NO RESIDENTE | <input type="checkbox"/> Colegiado NO EJERCIENTE |

En _____, a ____ de _____ de _____.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal: Sus datos personales serán incorporados a ficheros del COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS DE LAS ISLAS BALEARES (COAIB) para el cumplimiento de su finalidad institucional; para el ejercicio de las funciones que le son conferidas por la normativa vigente y sus propios Estatutos; para la gestión administrativa y económica de los Colegiados así como con fines históricos y estadísticos. Se le informa de que sus datos sólo serán comunicados a terceros en cumplimiento de obligaciones legales o con su previo consentimiento. Vd. manifiesta que los datos suministrados son correctos y veraces y se compromete a comunicar cualquier modificación de los mismos. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito dirigido al COAIB, C/ Portella, 14 (07001) - Palma de Mallorca. Si Vd. incluye datos de carácter personal titularidad de terceros, deberá previamente obtener su consentimiento e informarles acerca de los extremos anteriormente indicados.

Ilmo. Sr. Decano del Colegio Oficial de Arquitectos de las Illes Balears
