

FORMULARIO de solicitud de incorporación al COACV en régimen de ESTABLECIMIENTO

nombre y apellidos

fecha de nacimiento

N.I.F.

nacionalidad

localidad

provincia

domicilio particular (0)

c.p.

población

teléfono

fax

domicilio profesional (1)

c.p.

población

teléfono

fax

domicilio profesional (2)

c.p.

población

teléfono

fax

e-mail (imprescindible)

Solicita la incorporación al COACV como:

- NO EJERCIENTE
- PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA ADMINISTRACIÓN
- EJERCIENTE ADSCRITO A LA DEMARCACIÓN/DELEGACIÓN DE:

CTAA:

- DEMARCACIÓN ALCOY
- DEMARCACIÓN ALICANTE
- DEMARCACIÓN ELCHE
- DEMARCACIÓN ELDA-VILLENA
- DEMARCACIÓN MARINA ALTA
- DEMARCACIÓN MARINA BAIXA
- DEMARCACIÓN LA VEGA BAJA

CTAC:

- CASTELLÓN

CTAV:

- DELEGACIÓN LA COSTERA
- DELEGACIÓN LA SAFOR
- VALENCIA

domicilio fiscal 0 1 2

domicilio de correo 0 1 2

rutina de tratamiento arquitecto arquitecta arquitecte

colegio de arquitectos de procedencia

si es 2ª colegiación

fecha de colegiación

centro donde cursó sus estudios

fecha título

Nombre y Apellidos

Banco/caja IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Por la presente, les autorizo para que, hasta nueva orden y con cargo a mi cuenta arriba indicada, atiendan los recibos que me sean girados por el:

- COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA
- COLEGIO TERRITORIAL DE ARQUITECTOS DE ALICANTE
- COLEGIO TERRITORIAL DE ARQUITECTOS DE CASTELLÓN
- COLEGIO TERRITORIAL DE ARQUITECTOS DE VALENCIA

El/la arquitecto/a declara que dicho Título se encuentra comprendido en las Directivas de la U.E. sobre el reconocimiento de títulos en el sector de la Arquitectura, según acredita con certificación expedida por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de fecha _____ de _____ de _____.

Declara:

- SI** haber estado registrado/a – colegiado/a como arquitecto en algún país _____
- No** haber estado registrado/a – colegiado/a como arquitecto en ningún país, ni de haber ejercido la profesión de arquitecto con responsabilidad propia.

- SI** disponer en la actualidad de Seguro de Responsabilidad Civil.
- No** disponer en la actualidad de Seguro de Responsabilidad Civil.

_____ a ____ de _____ de _____

Reconocimiento firma:

firma completa

firma abreviada

--	--