



DATOS PERSONALES		Nº Colegiado:		FOTO
Nombre y Apellidos				
Fecha de nacimiento	N. I. F.	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Teléfonos				
Fijo:	Móvil:	Fax:		
Correo electrónico				
Dirección			Código Postal	
Población			Provincia	

Conforme a lo previsto en la legislación vigente sobre protección de datos, le informamos que los datos facilitados pasarán a formar parte de ficheros de titularidad del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía y cuya finalidad es la gestión del ejercicio de las funciones públicas de ordenación y control de la actividad profesional asignadas legal o estatutariamente por las Administraciones Públicas, así como cualquier otra actividad que organice o en la que colabore el Colegio. Los datos de carácter confidencial tendrán el acceso restringido al personal autorizado del Colegio. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán ejercerse por escrito, con prueba fehaciente de la identidad del peticionario, en la dirección del Colegio, C/ Bartolomé de Medina, nº 1, 41004 de Sevilla.

DATOS ACADÉMICOS (Datos referidos a los estudios finalizados)		
Universidad	País	
Escuela Universitaria ó Facultad	Fecha	
<input type="checkbox"/> Homologado por el Ministerio de Educación y Ciencia con fecha:	<input type="checkbox"/> Reconocido por el Ministerio de Salud y Consumo con fecha:	<input type="checkbox"/> Título Europeo con fecha:

DATOS PROFESIONALES (Obligatorios según Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias)				
Nombre del centro de trabajo	Teléfono			
Dirección	Código Postal			
Población	Provincia			
Situación Profesional <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Autónomo	NO ACTIVO <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros	Ejercicio Profesional <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Privado concertado	<input type="checkbox"/> Sistema Sanitario Público <input type="checkbox"/> Otras Administraciones Públicas	Jornada laboral <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Deseo incorporarme en la relación de colegiados que practican el ejercicio libre de la profesión				

Sus datos podrán ser utilizados para informarle, incluso por medios electrónicos, sobre actos, eventos, jornadas, congresos, seminarios, cursos, publicaciones, servicios y productos que presten empresas y/o entidades colaboradoras y que el colegio entienda puedan ser del interés de los colegiados. En todas las comunicaciones que reciba se le dará la posibilidad de darse de baja, para dejar de recibir la referida información. Nuevamente y de acuerdo con la LOPD, podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito, con prueba fehaciente de la identidad del peticionario, en la dirección del Colegio, C/ Conde de Cifuentes nº 6, 41004 de Sevilla.

Autorizo su uso No autorizo su uso

NOTA: El colegiado está obligado a comunicar, en la mayor brevedad posible, toda modificación que pudiera producirse en cualquiera de sus datos solicitados en este formulario. Le recordamos que si ya está colegiado en otra Comunidad Autónoma y desea colegiarse en el ICPFA, deberá realizar el procedimiento para el Traslado de Expediente.

FORMA DE PAGO DE LA INSCRIPCIÓN	<input type="checkbox"/> 100% en el momento de la inscripción
	<input type="checkbox"/> 50% en el momento de la inscripción y el otro 50%, domiciliado a los 6 meses.

EXPONE:

Que tiene finalizados los estudios de _____ y pretende dedicarse a dicha profesión, declarando en este mismo acto que no está inhabilitado/a legalmente para el ejercicio de la profesión, y

SOLICITA:

De la Junta de Gobierno de este Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía, ateniéndose en lo dispuesto en los artículos 14 y 16 de sus Estatutos vigentes, se digna acceder a la inscripción como colegiado/a de quien suscribe, a cuyo fin adjunto la documentación exigida en los citados Estatutos del Colegio:

- Fotocopia del DNI, NIE o Pasaporte.
- Fotocopia u original de la Certificación Académica acreditativa de la terminación de los estudios, con resguardo del pago de los derechos de expedición del Título.
NOTA: Si ya ha recibido su Título Oficial no es necesario cumplir este requisito; el Colegio lo verifica accediendo a la Consulta Global de Títulos Universitarios del Ministerio de Educación.
- Recibo acreditativo de haber satisfecho el pago de la cuota de inscripción más la parte proporcional del trimestre en curso.
- Una fotografía, tamaño carné.

_____, a ____ de _____ del 2.0__

Firmado por el/la solicitante