

RELLENAR POR EL PERSONAL LABORAL

FOTO  
ACTUAL  
(OPCIONAL)



Col·legi Oficial de Fisioterapeutes  
de les illes Balears

Nº COL.:

FECHA ÚLT. ALTA: / /

FECHA SOLICITUD: / /

## REINCORPORACIÓN

D./Dña. \_\_\_\_\_ con nº colegiado/a \_\_\_\_\_  
solicita la reincorporación al Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de les Illes Balears.

### DATOS PERSONALES:

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Indicar tipo de documento:

- DNI  - NIE  - PASAPORTE  Nº: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Sexo: - Femenino  - Masculino

Domicilio de residencia: \_\_\_\_\_

Población de residencia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (recibirás información y correspondencia):  
\_\_\_\_\_

Indicar la contraseña para acceder de forma privada a la página web (deden ser números y letras mayúsculas y minúsculas, mínimo 8 caracteres): \_\_\_\_\_

### DATOS COMPLEMENTARIOS:

Indicar si deseas participar en la bolsa deportiva: - Sí - No

Indicar conocimiento de idiomas: \_\_\_\_\_

¿Nos autorizas tus datos en el caso de poder derivarte posibles pacientes?

- Sí - Avisar antes - No

Realizas la reincorporación como: - No ejerciente

- Ejerciente Indicar tipo: - cuenta ajena - cuenta propia - cuenta ajena y propia

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Domicilio de la Empresa: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### DATOS BANCARIOS:

IBAN

ENTIDAD

OFICINA

NÚMERO DE CUENTA

ES																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma:



**Col·legi Oficial de Fisioterapeutes  
de les illes Balears**

D./Dña. \_\_\_\_\_  
con número de colegiado/a \_\_\_\_\_ ,

**EXPONE:**

Que tiene el propósito de ejercer la profesión de Fisioterapeuta y,

**SOLICITA:**

Sea admitida la reincorporación como colegiado/a de dicho Colegio, manteniendo el mismo número de colegiación.

Firma

En \_\_\_\_\_ a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_ .

**NOTA:** Es necesario presentar este documento original firmado con una fotocopia del D.N.I. actual.