

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.