



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

FICHA COLEGIAL

DATOS PERSONALES:

Primer apellido: _____
Segundo apellido: _____
Nombre: _____
Tipo de documento: D.N.I. y / o Pasaporte nº: _____
Nacionalidad: _____ Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____
Domicilio Residencia: _____
Población Residencia: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Móvil: _____

DATOS PROFESIONALES:

Proviene de otro Colegio: _____ de _____
Se incorporó acompañando título o certificado: _____
Expedido el: _____ por la Universidad de: _____
Título emitido por universidad: Extranjera / País: _____
Comunitaria / País: _____
Titulación homologada / equiparada por el Estado Español: Si ____, No: ____
Se colegia como: Ejerciente: _____ o No Ejerciente: _____
Ejerciente por cuenta: Ajena _____ Propia _____ Ajena y Propia _____
Domicilio del ejercicio de la actividad: _____
Población del ejercicio de la actividad: _____
Dirección del gabinete: _____
Población: _____ Código Postal: _____
Teléfono / s: _____
Fax: _____ Apartado de correos: _____
Correo electrónico: _____