



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

SOLICITUD DE REINCORPORACIÓN AL COLEGIO

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

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:

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: _____

DATOS BANCARIOS:

Entidad	Oficina	D.C.	Número de C.C. o L.	Ahorro

Entidad: _____



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

EXPONE:

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

SOLICITA:

Sea admitida la reincorporación como colegiado de dicho Colegio,
manteniendo el nº de colegiado _____.

Firma