



Col·legi Oficial de Fisioterapeutes
de les illes Balears

RELLENAR POR EL PERSONAL LABORAL

Nº COL.:

FECHA: / /

FICHA COLEGIAL

EFFECTIVO

TRANSFERENCIA

TRASLADO

DATOS PERSONALES:

Apellidos: _____

Nombre: _____

Indicar tipo de documento: - DNI - NIE - PASAPORTE // Nº _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____

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 colegiación 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: _____

Apartado de correos: _____ Correo electrónico: _____

DATOS PROFESIONALES:

Actualmente presentas: - Título - Certificado

Fecha de expedición: ____/____/____

Emitido por la Universidad de: _____

País: _____

Titulación homologada/equiparada por el Estado Español: - Sí - No

Firma: