



SOL·LICITUD D'INSCRIPCIÓ

COGNOMS \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

ADREÇA (fiscal) \_\_\_\_\_

MUNICIPI \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Demana inscriure's en aquest Col·legi de l'Arquitectura Tècnica de Girona.

Girona \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(signatura)

Examinada la documentació  
pels serveis administratius:

## DADES PERSONALS

Adreça particular \_\_\_\_\_ Població \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_ Data naixement. \_\_\_\_\_

Telèfons	Números	Publicar	
Mòbil		Si	No
Fiscal		Si	No
Particular		Si	No
Fax		Si	No
Altres		Si	No
E-mail		Si	No

Cal escollir si es vol publicar en els diferents mitjans del col·legi : web, directori, etc, **encerclar el que es vulgui**

## DADES BANCÀRIES

Dades bancàries per passar al cobrament els rebuts emesos **pel Col·legi** i, si és el cas, per **Serveis La Punxa S.L.** (per al cobrament de les primes de l'asseguradora de responsabilitat Civil MUSAAT).

--

## DADES ACADÈMIQUES

Escola on va estudiar _____	Reg.Nal. Títols	Codi centre	Reg. Universitari títols
Data acabament carrera _____			
Num. Resguard sol·licitud Títol _____			
Data sol·licitud resguard _____			
Data d'expedició del títol _____			

Data  
NOM I COGNOMS  
SIGNATURA

## LLEI DE PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PARTICULAR

Responsable:	COL·LEGI DE L'ARQUITECTURA TÈCNICA DE GIRONA
Finalitat:	Incorporar-se al Col·legi per exercir professionalment
Legitimació	Llei 7/2006, de 31 de maig de l'exercici de les professions titulades i dels col·legis professionals
Destinatari	Les previstes per normativa legal. CECAM SLU amb la finalitat de realitzar gestions i enviaments de tipus comercial en l'àmbit de control de qualitat en l'edificació, previ consentiment. SERVEIS LA PUNXA, S.L.U ( agència exclusiva de MUSAAT) amb la finalitat de l'assegurament del RC professional. HNA/PREMAAT, per a l'enviament d'informació sobre els seus productes d'assegurament (previsió, sanitaris, vida, accidents,..) REVISTA CERCHA, revista de l'Arquitectura Tècnica per esser enviada per e-mail
Drets	Accedir, rectificar i suprimir les dades, així com altres drets, tal com s'explica en la informació addicional
Informació addicional	Pot consultar la informació addicional i detallada sobre Protecció de Dades en la següent adreça: <a href="https://www.aparellador.cat/index.php/politica-privacitat">https://www.aparellador.cat/index.php/politica-privacitat</a>

**He estat informat i entenc la Política de Protecció de Dades del Col·legi**

Autoritzacions:

**Autoritzo**    **No Autoritzo**

**a comunicar les meves dades identificatives a CECAM SLU amb la finalitat de realitzar gestions i enviaments de tipus comercial en l'àmbit de control de qualitat en l'edificació.**

**Autoritzo**    **No Autoritzo**

**a comunicar les meves dades identificatives a SERVEIS LA PUNXA, S.L.U ( agència exclusiva de MUSAAT) amb la finalitat de l'assegurament del RC professional; cas que les hagi contractat o a partir del moment que les contracti.**

**Autoritzo**    **No Autoritzo**

**la reproducció de la meva imatge en mitjans audiovisuals, impresos informàtics, xarxes socials etc. , per donar a conèixer les activitats organitzades pel Col·legi**

**Autoritzo**    **No Autoritzo**

**a cedir la meva adreça de mail al Consejo General de la Arquitectura Tècnica de España, per a l'enviament de la revista CERCHA, revista l'arquitectura tècnica**

**Autoritzo**    **No Autoritzo**

**a cedir les meves dades de contacte a la mútua de previsió de la professió HNA-PREMAAT per tal de rebre informació dels seus productes d'assegurament ( sanitaris, vida, accidents,..)**

Data

NOM I COGNOMS

SIGNATURA

Amb motiu de la meva sol·licitud d'incorporació al Col·legi de l'Arquitectura Tècnica de Girona, manifesto que he estat informat pels serveis col·legials de la normativa vigent per a l'exercici de la professió en matèria de inhabilitació, deure d'assegurança de responsabilitat civil, previsió social, incompatibilitats i condició d'exercent o no exercent; per la qual cosa signo la següent:

## DECLARACIÓ ALS EFECTES DELS REQUISITS D'EXERCICI PROFESSIONAL

- DECLARO que no em trobo en situació d'inhabilitació professional ni estic subjecte a cap de les causes de prohibició per exercir la professió establertes legalment i em comprometo a comunicar al col·legi qualsevol limitació en aquest sentit.
- DECLARO que sóc coneixedor del meu deure de disposar d'una assegurança de responsabilitat civil que cobreixi els riscos derivats de la meva actuació professional i m'obliga a contractar-la i mantenir-la vigent mentre subsisteixi la responsabilitat. He estat informat pel serveis col·legials que puc contractar-la amb l'asseguradora Musaat, a través del mediador Serveis La Punxa SLU.

- DECLARO, a tenor de les meves circumstàncies professionals, la condició de

Col·legiat/ada exercent

Col·legiat/ada no exercent

- DECLARO que he estat degudament informat/da pels serveis col·legials, de la normativa legal vigent en matèria de previsió social, pel que afecta als Arquitectes Tècnics que vagin a exercir l'activitat per compte propi -professions liberals-
- DECLARO, en relació a les incompatibilitats legals per a l'exercici de la professió:

Que NO TREBALLO a l'administració pública ni en cap organisme, entitat o empresa que en depengui, ni ocupo cap càrrec electe en una corporació local. Tanmateix, em considero assabentat/ada de l'obligació de comunicar al Col·legi qualsevol modificació que es produeixi en la meva situació professional que representi una vinculació amb l'administració pública i, en aquest cas, aportaré la preceptiva declaració d'incompatibilitats.

Que TREBALLO per a l'administració pública, en un organisme, entitat o empresa que en depèn, o que ocupo un càrrec electe en una corporació local i aporto la preceptiva declaració d'incompatibilitats.

Administració: \_\_\_\_\_

DATA:  
NOM I CONGNOMS:  
SIGNATURA:

Artículo 33. Modificación de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

La disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, queda redactada de la siguiente forma:

«1. Quienes ejerzan una actividad por cuenta propia, en las condiciones establecidas por el Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, que requiera la incorporación a un Colegio Profesional cuyo colectivo no hubiera sido integrado en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, se entenderán incluidos en el campo de aplicación del mismo, debiendo solicitar, en su caso, la afiliación y, en todo caso, el alta en dicho Régimen en los términos reglamentariamente establecidos.

Si el inicio de la actividad por el profesional colegiado se hubiera producido entre el 10 de noviembre de 1995 y el 31 de diciembre de 1998, el alta en el citado Régimen Especial, de no haber sido exigible con anterioridad a esta última fecha, deberá solicitarse durante el primer trimestre de 1999 y surtirá efectos desde el día primero del mes en que se hubiere formulado la correspondiente solicitud. De no formularse ésta en el mencionado plazo, los efectos de las altas retrasadas serán los reglamentariamente establecidos, fijándose como fecha de inicio de la actividad el 1 de enero de 1999.

No obstante lo establecido en los párrafos anteriores, quedan exentos de la obligación de alta en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos los colegiados que opten o hubieren optado por incorporarse a la Mutualidad de Previsión Social que pudiera tener establecida el correspondiente Colegio Profesional, siempre que la citada Mutualidad sea alguna de las constituidas con anterioridad al 10 de noviembre de 1995 al amparo del apartado 2 del artículo 1 del Reglamento de Entidades de Previsión Social, aprobado por el Real Decreto 2615/1985, de 4 de diciembre. Si el interesado, teniendo derecho, no optara por incorporarse a la Mutualidad correspondiente, no podrá ejercitar dicha opción con posterioridad.

2. Quedarán exentos de la obligación de alta prevista en el primer párrafo del apartado anterior los profesionales colegiados que hubieran iniciado su actividad con anterioridad al 10 de noviembre de 1995, cuyos Colegios Profesionales no tuvieran establecida en tal fecha una Mutualidad de las amparadas en el apartado 2 del artículo 1 del citado Reglamento de Entidades de Previsión Social, y que no hubieran sido incluidos antes de la citada fecha en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos. No obstante, los interesados podrán voluntariamente optar, por una sola vez y durante 1999, por solicitar el alta en el mencionado Régimen Especial, la cual tendrá efectos desde el día primero del mes en que se formule la solicitud.

Los profesionales colegiados que hubieran iniciado su actividad con anterioridad al 10 de noviembre de 1995 y estuvieran integrados en tal fecha en una Mutualidad de las mencionadas en el apartado anterior, deberán solicitar el alta en dicho Régimen Especial en caso de que decidan no permanecer incorporados en la misma en el momento en que se lleve a término la adaptación prevenida en el apartado 3 de la Disposición Transitoria Quinta de esta Ley. Si la citada adaptación hubiese tenido lugar antes del 1 de enero de 1999, mantendrá su validez la opción ejercitada por el interesado al amparo de lo establecido en la mencionada Disposición Transitoria.

3. En cualquiera de los supuestos contemplados en los apartados anteriores, la inclusión en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos se llevará a cabo sin necesidad de mediar solicitud previa de los órganos superiores de representación de los respectivos Colegios Profesionales»

**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA**  
*SEPA Direct Debit Mandate*

**A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR/TO BE COMPLETED BY THE CREDITOR**

**Referencia de la orden de domiciliación- number reference** \_\_\_\_\_

**Mandate reference - Identificador del acreedor :** ES80000Q1775005

**Creditor Identifier - Nombre del acreedor / Creditor's name**

COL·LEGI DE L'ARQUITECTURA TÈCNICA DE GIRONA

**Dirección / Address**

C/ SANTA EUGENIA, 19

**Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town**

17005 GIRONA

**País / Country**

ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

*By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

**A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR / TO BE COMPLETED BY THE DEBTOR**

**Nombre del deudor/es / Debtor's name (titular/es de la cuenta de cargo)**

\_\_\_\_\_  
**Dirección del deudor /Address of the debtor**

\_\_\_\_\_  
**Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town**

\_\_\_\_\_  
**País del deudor / Country of the debtor**

\_\_\_\_\_  
**Número de cuenta - IBAN / Account number – IBAN**

**Tipo de pago:**

**Pago recurrente**

**Pago único**

**Type of payment Recurrent payment or One-off payment**

**Fecha Localidad:** \_\_\_\_\_

**Date - location in which you are signing**

**Firma del deudor:**

\_\_\_\_\_  
**Signature of the debtor**

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA. ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE.

**Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA**  
*SEPA Direct Debit Mandate*

**A CUMPLIMENTAR POR EL ACREEDOR/TO BE COMPLETED BY THE CREDITOR**

**Referencia de la orden de domiciliación- number reference** \_\_\_\_\_

**Mandate reference - Identificador del acreedor :** ES74000B55089239

**Creditor Identifier - Nombre del acreedor / Creditor's name**

SERVEIS LA PUNXA S.L.U

**Dirección / Address**

C/SANTA EUGENIA, 19

**Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town**

17005 GIRONA

**País / Country**

ESPAÑA

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

*By signing this mandate form, you authorise (A) the Creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the Creditor. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within eight weeks starting from the date on which your account was debited. Your rights are explained in a statement that you can obtain from your bank.*

**A CUMPLIMENTAR POR EL DEUDOR / TO BE COMPLETED BY THE DEBTOR**

**Nombre del deudor/es / Debtor's name (titular/es de la cuenta de cargo)**

\_\_\_\_\_  
**Dirección del deudor /Address of the debtor**

\_\_\_\_\_  
**Código postal - Población - Provincia / Postal Code - City - Town**

\_\_\_\_\_  
**País del deudor / Country of the debtor**

\_\_\_\_\_  
**Número de cuenta - IBAN / Account number – IBAN**

**Tipo de pago:**

**Pago recurrente**

**Pago único**

**Type of payment Recurrent payment or One-off payment**

**Fecha Localidad:** \_\_\_\_\_

**Date - location in which you are signing**

**Firma del deudor:**

\_\_\_\_\_  
**Signature of the debtor**

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE. UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA. ALL GAPS ARE MANDATORY. ONCE THIS MANDATE HAS BEEN SIGNED MUST BE SENT TO CREDITOR FOR STORAGE