



**EXPEDIENTE PERSONAL**

NOMBRE: .....	COLEGIADO N°: .....
APELLIDOS: .....	N° C.S.C.A.E.: .....
NACIONALIDAD: .....	
FECHA DE NACIMIENTO: .....	N.I.F. N°: .....
LUGAR DE NACIMIENTO: .....	

TITULO:

Escuela en la que se obtuvo: .....

Fecha: .....

ESPECIALIDADES: .....

ESTUDIO:

Dirección: .....

Ciudad: .....

Telf.: ..... Fax: ..... Móvil: .....

e-mail: .....

RESIDENCIA:

Dirección: .....

Ciudad: .....

Telf.: ..... Fax: ..... Móvil: .....

ALTA:	BAJA:
Fecha: .....	Fecha: .....
Fecha: .....	Fecha: .....
Fecha: .....	Fecha: .....
OTROS COLEGIOS DE RESIDENCIA:	JUBILACION:
.....	.....
Alta Fecha: .....	Baja Fecha: .....
Alta Fecha: .....	Baja Fecha: .....
Alta Fecha: .....	Baja Fecha: .....

El firmante, manifiesta que los datos expresados son ciertos y presta su consentimiento expreso -de conformidad con lo establecido en la Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter personal- al Colegio Oficial de Arquitectos de la Ciudad Autónoma de Melilla, para que proceda a incluir sus datos profesionales en la Página Web del COACAM. Y declara estar informado sobre los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación.

SI

NO

Firma: