**ORDINARIO**

(Segundas y siguientes colegiaciones, ejerciente o no ejerciente)

NIF/NIE: FECHA NACIMIENTO:

NOMBRE:

1ER APELLIDO:

2º APELLIDO:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD: PROVINCIA: C.P.:

PAÍS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AÑO LICENCIATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FECHA TÍTULO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COLEGIO DE INCORPORACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO COLEGIACIÓN:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | EJERCIENTE NO RESIDENTE |  |  | NO EJERCIENTE |

\*COLEGIO DE DOMICILIO PROFESIONAL:

COLEGIO DE ORIGEN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos cumplimentados en este formulario son ciertos, que no me encuentro incurso en ninguna de las causas de incapacidad o incompatibilidad para el ejercicio de la abogacía previstas en el Estatuto General de la Abogacía (arts. 14, 19 y 22) y que puedo presentar prueba documental en caso de ser requerido.

En ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a ­­­\_\_\_\_\_\_ de ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

Firmado