COLEGIO PROFESIONAL DE TÉCNICOS SUPERIORES EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO DE EXTREMADURA.

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

DATOS DE CONTACTO

Don / Doña _____

Domicilio _____

Localidad_____ **Provincia**_____

Teléfono _____ **e mail** _____

DATOS LABORALES

Activo ____ **Parado**____ **Estudiante**____ **Otros** ____

Institución _____

Lugar de trabajo_____

Localidad_____

Provincia_____

Propietario ____ **Interino** ____ **Sustituto u otros** ____

Don / Doña _____

Autorizo al Colegio Profesional de Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico de Extremadura el cargo de recibos en la siguiente cuenta:

Entidad_____ **Localidad** _____

CCC					**-**					**-**			**-**									

En _____ **a** ___ **de** _____ **de 20**___

Fdo. _____