



## REGISTRO

Documento Nº: Fecha de Entrada: 

Ilmo. Sr. Decano: El/los colegiado/s que suscribe/n, solicita/n el registro para constancia del trabajo profesional que se adjunta y cuyos datos reseña/n a continuación:

## PARTES

P r o m o t o r	D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	NIF/CIF:	<input type="text"/>
	Domicilio:	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
	Municipio:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
			Teléfono:	<input type="text"/>

R e p r e s e n t a n t e	D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	NIF/CIF:	<input type="text"/>
	en su calidad de	<input type="text"/>		
	Domicilio:	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
	Municipio:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
			Teléfono:	<input type="text"/>

P r o y e c t i s t a	D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	NIF/CIF:	<input type="text"/>
	Domicilio:	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
	Municipio:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
			Teléfono:	<input type="text"/>
Rellenar solo en el caso de que el trabajo se refiera a un Proyecto Parcial o parte que complementa el Proyecto (Art. 4 Ley 38/1.999)		Proyecto:	<input type="text"/>	
	Redactor:	<input type="text"/>		
	Colegio Profesional:	<input type="text"/>	Colegiado Nº:	<input type="text"/>

O t r o s T é c n i c o s	Titulación		%	Nº	NIF/CIF
	D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio Profesional:	<input type="text"/>			C.P.	<input type="text"/>
Municipio:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>

A r q u i t e c t o s			%	Nº	NIF/CIF
	D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D/D <sup>a</sup>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio Profesional:	<input type="text"/>			C.P.	<input type="text"/>
Municipio:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>	Teléfono:	<input type="text"/>

Córdoba a  de  de 

El/los Arquitecto/s

El Promotor



## DOCUMENTO PARA EL QUE SE SOLICITA EL REGISTRO

Clase de trabajo:	<input type="text"/>		
Emplazamiento:	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Municipio:	<input type="text"/>	provincia de	<input type="text"/>
Documento a registrar:	<input type="text"/>		

## CLAÚSULA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, se informa que los datos recabados a través de este formulario tienen como finalidad presentar a REGISTRO COLEGIAL el trabajo profesional. Que a esta información sólo tendrá acceso los Colegios Oficiales, los estamentos colegiales y públicos que legal o estatutariamente, en su caso, intervengan en el proceso y la tramitación administrativa del documento.

Le informamos de la posibilidad de ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y especificación de las finalidades para las que se autoriza el uso de sus datos, en los términos establecidos en la legislación vigente, que podrá hacer efectivos dirigiéndose al Colegio Oficial de Arquitectos de Córdoba a través de correo electrónico en [coacordoba@coacordoba.org](mailto:coacordoba@coacordoba.org) o bien en la siguiente dirección:

Colegio Oficial de Arquitectos de Córdoba  
Avda. Gran Capitán, 32  
14001 Córdoba  
Tf. 957 475 212

En su virtud, solicita/n se tenga por formalizada la presente solicitud para su registro y la del trabajo profesional correspondiente.

Córdoba a  de  de

El/los Arquitecto/s

El Promotor