COLEGIADO NO EJERCIENTE

NIF/NIE: FECHA NACIMIENTO:

NOMBRE:

1ER APELLIDO:

2º APELLIDO:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD: PROVINCIA: C.P.:

PAÍS: TELÉFONO: FAX:

E-MAIL:

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

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.

Acepto ceder mis datos a la Mutualidad de la Abogacía con la finalidad única de proceder a la suscripción del seguro de accidentes que se ofrece de forma gratuita durante un año. Para renunciar a esta cesión de datos deberá marcar la casilla establecida al efecto.

|  |
| --- |
|  |

No acepto

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

Firmado