### CABECEROCOLOR02

MODELO DE IMPRESO PARA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO COLEGIAL DE LAS SOCIEDADES PROFESIONALES

D/Dña. ..................................................., colegiado con nº.. ............ y domicilio en .............................., ................................................, en su calidad de socio profesional y *(en su caso)* legal representante de la sociedad .......................................... SLP/SAP, y,

residente

no residente

D/Dña. ................................................................, como representante legal *(de no serlo el colegiado)*, de la mercantil antes reseñada, en su calidad de *(Presidente, Consejero Delegado, Administrador Único, Apoderado, etc.)*,

# EXPONE/N

* Que mediante escritura pública autorizada el ......./............/............. por el Notario de ...................... D. ................................................., al nº. ................... de su protocolo, se ha constituído al amparo de la L. 2/2007, de 15 de marzo, la sociedad profesional ................................................... SLP/SAP, que tiene su domicilio social en ................................. calle .................................................., inscrita en el Registro Mercantil de ........................ al nº. ..............
* Que su objeto social, según figura en el artº. ........ de los estatutos de la entidad, lo constituye la realización de las siguientes actividades:

..............................................................................................................................................................................................................................................................

* Que la representación legal de la sociedad reseñada corresponde al/a los, compareciente/s, según resulta de lo establecido en el artº. ........ de los estatutos sociales.
* Que la sociedad, dando cumplimiento a las prescripciones de la L. 2/2007, tiene concertado con la Compañía ......................................... un seguro de responsabilidad civil profesional, mediante póliza nº. .....................................
* Que los extremos que anteceden se acreditan con la siguiente documentación:
* Escritura de constitución y Estatutos de la Sociedad.
* Copia autorizada de la escritura de nombramiento de cargos o apoderamiento del/de los firmante/s *(caso de no figurar estos extremos en la escritura de constitución).*
* Copia de la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Profesional.
* Tarjeta de identificación fiscal.
* Certificado del COAAT de residencia, que acredita la titulación, colegiación y habilitación del o de los Arquitectos Técnicos socios profesionales.

En su consecuencia,

SOLICITA/N,

Que, previos los trámites que correspondan, se autorice la inscripción de la reseñada sociedad profesional en el Registro de Sociedades Profesionales del Colegio, con arreglo a lo establecido en la L. 2/2007 y en el Reglamento regulador del Registro Colegial, a cuyo efecto el/los compareciente/s manifiesta/n su formal compromiso de:

1º) Proceder a la inmediata comunicación al Registro colegial de cualquier modificación que pudiere producirse en la denominación, domicilio, objeto social y composición de la sociedad, procediendo a notificar al Colegio cualquier inscripción practicada en el Registro Mercantil.

2º) Acatar y respetar los principios establecidos en las Normas Deontológicas de los Arquitectos Técnicos y el principio de extensión a todos los socios de las causas de incompatibilidad o de inhabilitación para el ejercicio profesional que pueda corresponder a cada uno de ellos.

En ........................ a .........de ................................ de 20...

**CLAÚSULA INFORMATIVA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | | |
| **Responsable de**  **Tratamiento** | **Datos** | **DNI/CIF: Q0175002E**  **DIRECCIÓN POSTAL: Senda José Luis Gonzalo Bilbao nº 1 bajo. 01008 Vitoria-Gasteiz.**  **CORREO ELECTRÓNICO: info@coaatalava.org**  **TELÉFONO: 945 222 866**. |
| **Identificación DPO** | **Delegado de Protección de Datos:** PREVISIÓN SANITARIA, SERVICIOS Y CONSULTORÍA, S.L.U.  **Teléfono de contacto:** 914311244  **E-mail:** [protecciondedatos@grupopsn.es](mailto:protecciondedatos@grupopsn.es) |
| **Finalidades y Tratamiento.** | **Finalidad** | Tramitar su incorporación en el Colegio, la ordenación y gestión de la profesión. |
| **Legitimación** | En base al cumplimiento de una obligación legal. La negativa por su parte para facilitarnos sus datos imposibilitaría la gestión de su incorporación como colegiado. |
| **Conservación de los datos** | | Sus datos serán conservados durante el plazo correspondiente para cumplir con las obligaciones legales. |
| **Destinatarios de los datos** | | Los datos de carácter personal serán comunicados al Consejo General de Colegios Oficiales de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, organismos oficiales y a la Administración Pública, sin perjuicio de otras cesiones previstas legalmente. |
| **Derechos** | | En cualquier momento podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento dirigiéndose a la dirección arriba indicada o mediante correo electrónico a info@coaatalava.org bajo el asunto de “Protección de datos”. |
| **Posibilidad de Reclamación** | | Para cualquier cuestión relacionada con el tratamiento de los datos podrá ponerse en contacto con el delegado de protección de datos a la dirección de correo electrónico arriba indicada.  En caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos puede contactar, presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ([www.agpd.es](http://www.agpd.es)). |