



COLEGIO OFICIAL DE PODÓLOGOS DE CANARIAS

C/ Pérez Zamora 9 - 1º - oficina 3 B
38400 PUERTO DE LA CRUZ (Tenerife)
Horario: lunes a viernes, de 09.00 a 13.00 horas
TFNO: 922.37.60.46
info@copoca.org - www.podologosdecanarias.com

COLEGIO OFICIAL DE PODÓLOGOS DE CANARIAS NUEVA COLEGIACIÓN SECRETARÍA – ADMINISTRACIÓN

Mediante el presente documento, nos es grato informarle que los requisitos para colegiarse están recogidos en los estatutos colegiales de nuestra institución, en el artículo 18 y son los siguientes:

- 1) Ser español o tener legalmente acreditada esta nacionalidad. Adjuntar fotocopia de DNI – PASAPORTE.
- 2) Solicitud escrita a la Junta de Gobierno (se adjunta).
- 3) Fotocopia **compulsada** del título de podólogo.
- 4) Cuatro fotos tamaño carnet.
- 5) Abono de cuota de incorporación: 301 €. (mediante **talón nominativo** a nombre de Colegio Oficial de Podólogos de Canarias o **transferencia** a la C/C: **ES67 3058 1303 0327 20000185** de Cajamar-Cajarural).
- 6) Número íntegro de cuenta corriente donde domiciliar las cuotas colegiales (100 € trimestrales).

A modo informativo, le indicamos que para el ejercicio libre (trabajo por cuenta propia) es preciso darse de alta en el impuesto sobre actividades económicas (IAE), epígrafe nº 838, así como en el régimen especial de trabajadores autónomos (RETA).

A continuación, les adjuntamos los documentos de solicitud en el Colegio Oficial de Podólogos de Canarias, que deberán ser **entregados en persona o remitidos por carta postal certificada** a la dirección postal de la sede colegial.



COLEGIO OFICIAL DE PODÓLOGOS DE CANARIAS

C/ Pérez Zamora 9 - 1º - oficina 3 B
38400 PUERTO DE LA CRUZ (Tenerife)
Horario: lunes a viernes, de 09.00 a 13.00 horas
TFNO: 922.37.60.46
info@copoca.org - www.podologosdecanarias.com

SOLICITUD DE INGRESO

Nombre y apellidos:
Nº DNI:
Fecha de nacimiento:
Dirección postal:
Municipio:
Población:
Provincia:
Código postal:
Teléfonos y fax:
Correo electrónico:
Año finalización estudios:
Universidad:

Solicito ser admitido/a en el Colegio Oficial de Podólogos de Canarias, con la categoría de colegiado/a ejerciente y una vez revisada la documentación por mí aportada, a partir de la fecha en la que es firma esta solicitud.

El abono de las cuotas colegiales las efectuaré por medio de:

Banco o caja:
Nº cuenta (IBAN):

Esperando sea atendida mi petición, firmo el presente documento, en _____, a _____ de 20__.

Nombre y firma



COLEGIO OFICIAL DE PODÓLOGOS DE CANARIAS

C/ Pérez Zamora 9 - 1º - oficina 3 B
38400 PUERTO DE LA CRUZ (Tenerife)
Horario: lunes a viernes, de 09.00 a 13.00 horas
TFNO: 922.37.60.46
info@copoca.org - www.podologosdecanarias.com

DOMICILIACIÓN BANCARIA CUOTAS COLEGIALES

Nombre y apellidos:
Nº DNI:
Fecha de nacimiento:
Domicilio postal:
Municipio:
Población:
Provincia:
Código postal:
Teléfonos y fax:
Correo electrónico:

Por medio del presente documento, autorizo al Colegio Oficial de Podólogos de Canarias a cargar en la cuenta corriente que indico a continuación, el importe de los recibos correspondientes a las cuotas colegiales trimestrales.

Banco o caja:
Nº cuenta (IBAN):

En _____, a _____ de
de 20__ .

Nombre y firma