



*Colegio Oficial de Ingenieros  
Técnicos Industriales de Aragón*

D. .... Titulado .....  
..... en la Escuela de .....

SOLICITA sea tramitada su alta como Colegiado, con los datos que se citan a continuación.

Atentamente,

....., a ..... de ..... de .....

Firma:

ILMO. SR. DECANO DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL  
DE INGENIEROS TÉCNICOS INDUSTRIALES DE ARAGÓN

**Datos personales**

Apellidos ..... Nombre .....  
Fecha de Nacimiento ..... Natural de .....  
Domicilio ..... C.P. ....  
Población ..... Provincia .....  
N.I.F. .... Teléfono ..... Móvil .....

**Datos profesionales y sociales**

Especialidad (es) .....  
Fecha (s) terminación estudios ..... Escuela (s) .....  
Otros estudios y especializaciones .....  
Idiomas que posee .....  
Empresa en que trabaja ..... Localidad .....  
Calle ..... Núm. .... Teléf. .... Horas .....  
Fax ..... Cód. Postal ..... N.I.F. ....  
Cargo que ocupa ..... Empresa del Estado SI  NO   
Observaciones .....

**A cumplimentar por el Colegio**

Promoción (es) .....  
Fecha expedición título ..... Nº Reg. Nal. de títulos .....  
Código de centro ..... Registro universitario de títulos .....  
Nº de Exped. Univ. ....

**DILIGENCIAS**

**SECRETARÍA Y TESORERÍA**

Aprobado el ingreso en junta de fecha ..... de ..... de .....

Causa ALTA con el número  Pasa a tesorería con esta fecha, para conocimiento.

..... de ..... de .....

El Secretario

El Tesorero



**Declaraciones complementarias a cumplimentar por la persona a asegurar**

Cumplimentar cuidadosamente. Todas las preguntas deben ser contestadas. No utilizar signos ni rayas como respuesta. Cuando se deba responder Sí o No a una pregunta determinada marcar con una X en la casilla adecuada.

**Declaración de Actividades y Coberturas preexistentes (de cumplimentación obligatoria)**

1. ¿Cuál es su profesión y que funciones ejerce? .....  
 ¿Cuál es la actividad de la empresa en la que trabaja? .....

2. ¿Práctica deportes?

SI  NO

En caso de respuesta afirmativa indique cuáles \_\_\_\_\_

3. ¿Se desplaza Ud. fuera de la Unión Europea alguna vez o tiene intención de hacerlo próximamente?

SI  NO

Países \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

4. ¿Hace Ud. uso de medios de transporte aéreo de otro modo que como pasajero?

SI  NO

¿En calidad de qué? \_\_\_\_\_ ¿Clases de aeronaves? \_\_\_\_\_

**Declaración de salud (de cumplimentación obligatoria)**

1. ¿Ha suscrito Usted o tiene en tramitación otras pólizas de seguros de vida, accidente o salud?

SI  NO

2. ¿Alguno de sus familiares consanguíneos más directos ha padecido o padece alguna enfermedad cardíaca, cerebrovascular, renal, diabetes, cáncer, hipertensión o alguna otra de carácter hereditario antes de cumplir los 65 años?

SI  NO

3. ¿Está usted de baja por enfermedad o accidente; tiene prevista alguna hospitalización, intervención quirúrgica o consulta médica próxima?

SI  NO

4. ¿Tiene alguna alteración física, ha sufrido algún accidente/intervención quirúrgica y/o le ha sido concedida algún tipo de invalidez?

SI  NO

5. ¿Le han aconsejado someterse o se ha sometido a algún chequeo o revisión médica, incluyendo electrocardiogramas, scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas o similares?

SI  NO

6. ¿Ha padecido o padece usted alguna enfermedad cardíaca, renal, cerebrovascular, respiratoria, neurológica, nerviosa o de transmisión sexual, hepatitis, sida, cáncer, diabetes o hipertensión?

SI  NO

7. ¿Ha padecido o padece alguna otra enfermedad, no mencionada anteriormente, que le haya obligado a estar bajo supervisión o tratamiento médico durante más de 15 días y/o ha recibido alguna transfusión?

SI  NO

8. ¿Ha tomado o toma medicinas, drogas, estimulantes u otros productos farmacéuticos?

SI  NO

DETALLE con fechas y datos lo más minuciosos y completos posible, las respuestas que se hayan marcado afirmativamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Y, por favor, CUMPLIMENTE con datos actuales las informaciones que sobre su persona le pedimos a continuación:

Peso (kgs): \_\_\_\_\_ Altura (cms): \_\_\_\_\_ Tensión Arterial: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Consumo diario de bebidas (indicar nº de copas, vasos, cañas): \_\_\_\_\_ de licor; \_\_\_\_\_ de vino; \_\_\_\_\_ de cerveza.

Consumo diario de tabaco (indicando su número): \_\_\_\_\_ cigarrillos; \_\_\_\_\_ pipas; \_\_\_\_\_ puros.

La persona a asegurar declara que disfruta de buen estado de salud, que no está de baja por incapacidad temporal y no está tramitando o tiene declarada ninguna incapacidad permanente. Declara haber contestado con exactitud a cada una de las preguntas y conocer que las mismas son la base para la valoración de riesgo y para la formalización del contrato de seguro, de manera que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de estas declaraciones que incidan en la citada valoración será causa de nulidad del referido contrato. Autorizo a los médicos y personas que la Entidad necesite consultar, a dar confidencialmente los informes que ésta precisara.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Firma de la persona a asegurar

**ESCRITO DE MANIFESTACIONES A FORMULAR POR LOS COLEGIADOS DE NUEVA  
INCORPORACIÓN EN MATERIA DE PREVISIÓN SOCIAL.**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con N.I.F. N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_  
y domicilio en C/ \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ C. Postal \_\_\_\_\_, manifiesta que, con motivo de su solicitud de incorporación al Colegio Oficial de Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales de \_\_\_\_\_, **ha sido debidamente informado/a por los servicios colegiales**, de la vigente normativa legal en materia de previsión social, en lo que afecta a los Ingenieros Técnicos Industriales que vayan a ejercer su actividad por cuenta propia - profesionales liberales- y especialmente ha tomado razón el contenido del apartado 1 de la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, modificada por la Ley 50/1998, de 30 de diciembre de 1998, que se transcribe:

*"1. Quienes ejerzan una actividad por cuenta propia, en las condiciones establecidas por el Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, que requiere la incorporación a un Colegio Profesional cuyo colectivo no hubiera sido integrado en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, se entenderán incluidos en el campo de aplicación del mismo, debiendo solicitar, en su caso, la afiliación y, en todo caso, el alta en dicho Régimen en los términos reglamentariamente establecidos.*

*Si el inicio de la actividad por el profesional colegiado se hubiera producido entre el 10 de noviembre de 1995 y el 31 de diciembre de 1998, el alta en el citado Régimen Especial, de no haber sido exigible con anterioridad a esta última fecha, deberá solicitarse durante el primer trimestre de 1999 y surtirá efectos desde el día primero del mes en que se hubiere formulado la correspondiente solicitud. De no formularse ésta en el mencionado plazo, los efectos de las altas retrasadas serán los reglamentariamente establecidos, fijándose como fecha de inicio de la actividad el 1 de enero de 1999.*

*No obstante lo establecido en los párrafos anteriores, quedan exentos de la obligación de alta en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos los colegiados que opten o hubieren optado por incorporarse a la Mutualidad de Previsión Social que pudiera tener establecida el correspondiente Colegio Profesional, siempre que la citada Mutualidad sea alguna de las constituidas con anterioridad al 10 de noviembre de 1995 al amparo del apartado 2 del artículo 1 del Reglamento de Entidades de Previsión Social, aprobado por el Real Decreto 2615/1985, de 4 de diciembre (CASO EN EL QUE SE ENCUENTRA MUPITI). "Si el interesado, teniendo derecho, no optara por incorporarse a la Mutualidad correspondiente, no podrá ejercitar dicha opción con posterioridad."*

En prueba de lo cual, firma la presente manifestación y se obliga a comunicar al Colegio, inmediatamente vaya a iniciar su actividad profesional, la opción de afiliación al RETA o a MUPITI, que haya elegido y formalizado, así como las modificaciones que en lo sucesivo pudieran producirse en su situación, en relación con el régimen establecido por la normativa sobre previsión social, cuya información facilitará bajo su responsabilidad y de forma puntual y veraz.

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

(Firma)



**Domiciliación individual de servicios**

Clave identificación		Curso	<input type="checkbox"/> Altas <input type="checkbox"/> Modificaciones
Empresa	Número		

Apellidos y nombre del titular del servicio (por ej. alumno)

Entidad bancaria y Oficina	Número de cuenta
----------------------------	------------------

Si la cuenta es de Ibercaja				Otras Entidades	
Oficina	Clase	Número cuenta	Ctrl.	Banco	Sucursal

Apellidos y nombre del titular de la cuenta

CLAF	IND
------	-----

Domicilio	Localidad
-----------	-----------

Información complementaria

Concepto	Cód.	Variable 1	Variable 2	Importe	IVA

Fecha y firma:

Total conceptos individuales .....
Total conceptos generales (por tabla) .....
Total titular .....

Nota: Los espacios sombreados serán rellenos por la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Zaragoza, Aragón y Rioja



**CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE  
PERITOS E INGENIEROS TECNICOS INDUSTRIALES**

Tarjeta de Colegiado

D. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Madrid, \_\_\_\_\_

EL TITULAR

EL PRESIDENTE