



DATOS COLEGIACIÓN.

NIF/NIE: _____ N° COLEG (a cubrir por el ICA OU) _____

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

DATOS NACIMIENTO:

FECHA: ____/____/____ PAIS: _____ PROVINCIA: _____

LOCALIDAD: _____

DIRECCIÓN PROFESIONAL:

Tipo vía: _____ Nombre vía _____

Nº: _____ Blq.: _____ Esc.: _____ Piso: _____ Puerta: _____

País: _____ C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____

TELF. FIJO: _____ MÓVIL: _____

E-MAIL: _____

DIRECCIÓN PARTICULAR:

Tipo vía: _____ Nombre vía _____

Nº: _____ Blq.: _____ Esc.: _____ Piso: _____ Puerta: _____

País: _____ C.P.: _____ Población: _____ Provincia: _____

TELF. FIJO: _____ MÓVIL: _____

E-MAIL: _____

DATOS LICENCIATURA:

FECHA: ____/____/____ UNIVERSIDAD: _____

DATOS BANCARIOS:

ENTIDAD: _____ OFICINA: _____ DC: _____ N° CTA.: _____

(4 dígitos)

(4 dígitos)

(2 dígitos)

(10 dígitos)

DON/DOÑA _____, cuyos datos constan arriba reseñados, AUTORIZO expresamente a la secretaria del Ilstre. **Colexio da Avogacía de Ourense**, como responsable del fichero colegial, y de acuerdo con lo previsto en los arts. 6 y 11 de la LO 5/1992 de 29 de octubre, para que aparezcan en las guías profesionales y judiciales que se vienen editando anualmente, los datos relativos a mi despacho profesional arriba indicados.

Asimismo, AUTORIZO a que sean facilitados los precedentes datos al Consejo General de la Abogacía Española, Mutualidad General de la Abogacía, Juzgados y Tribunales del Estado Español, Centros Penitenciarios, Colegios de Abogacía de España, así como al resto de

entidades con las que concierte el lltre. **Colexio da Avogacía de Ourense**, a los fines previstos en el art. 4.1i) del EGAE.

En Ourense, a _____ de _____ de _____

Firmado.