

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO ARQUITECTO AGRUPADO DE LA AAUCV

Sr. Presidente AGRUPACIÓN ARQUITECTOS URBANISTAS

Colegio Oficial de Arquitectos de la Comunidad Valenciana
Calle Hernán Cortés, 8, 2ª planta, 46004 Valencia

Nombre y apellidos:		
NIF:	Nº Col.:	Fecha nacimiento:
Domicilio:		
Teléfono:	E-Mail:	

Por la presente solicita formar parte de la AAUCV, manifestando cumplir los cuatro requisitos exigidos por el Art. 6 del Reglamento Interno de la misma:

1. Ser arquitecto colegiado en el COACV¹
2. No estar inhabilitado o suspendido en el ejercicio de mi actividad profesional.
3. Hallarme al corriente en los cumplimientos de las obligaciones económicas para con el COACV.
4. Reunir al menos uno de los requisitos siguientes (marcar con una x) que acredita mediante copia de los títulos, certificado administrativo o CV.
 - Estar en posesión de la titulación académica de arquitecto con la especialidad de Urbanismo, o bien estar en posesión de máster en urbanismo o diploma equivalente.
 - Haber realizado la tesis doctoral, tesina o estudios de investigación similares en materias de Urbanismo u Ordenación del Territorio.
 - Haber trabajado como arquitecto urbanista de forma continuada al servicio de la Administración Pública o Instituciones.
 - Demostrar una relación profesional fehaciente con el Urbanismo por haber realizado trabajos de planeamiento o gestión previstos en la legislación urbanística que hayan sido admitidos a trámite por la administración correspondiente.
 - Haber asistido a algún curso formativo organizado por la AAUCV.

¹ Los arquitectos podrán pertenecer a la AAUCV a título personal, no así las sociedades a las que pertenezcan. Los arquitectos colegiados en otros colegios profesionales podrán ser miembros de la AAUCV previa verificación en el colegio de origen del cumplimiento de los requisitos de habilitación profesional.

Por la presente comunica que efectúa el pago de la cuota anual de la AAUCV por importe de:

- 25 € para arquitectos colegiados menores de 35 años
- 50 €

Y para ello:

PRIMERO.- Ha realizado ingreso de la cuota de la agrupación en CC nº **ES40 3183 4600 8710 1289 9629** de **ARQUIA BANCA** y aporta justificante del ingreso adjunto a la solicitud al correo **agrupaciones@coacv.org**

SEGUNDO.- Autoriza el cargo de las cuotas de posteriores ejercicios en su cuenta nº: _____

TERCERO.- Queda informado de que la aprobación de remisión de cuotas anuales se realiza en asamblea anual de la AAUCV, quedando sólo las bajas solicitadas antes del **31 de marzo** exentas del pago de cuota de ese mismo ejercicio.

Fecha:
Firma:

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	
Responsable del tratamiento	COLEGIO OFICIAL DE ARQUITECTOS DE LA COMUNIDAD VALENCIA Calle Hernán Cortés, 8, 2ª, 46004 València (España) Tel. 963 517 825 http://www.coacv.org
Finalidades o usos de los datos	La finalidad que responde a la recogida y tratamiento de sus datos de carácter personal es la de solicitar el Alta en la Agrupación.
Plazo de conservación	El plazo de conservación de sus datos será en el necesario para el cumplimiento de cualquier requisito legal aún después de finalizar su relación con el COACV, y después podrán pasar a formar parte del archivo histórico del Colegio.
Legitimación	Los datos son tratados en base al consentimiento otorgado por Vs.
Destinatarios de los datos (cesiones o transferencias)	Sus datos de carácter personal que nos facilite serán cedidos a otros Colegios Profesionales de Arquitectos y, en su caso, a las entidades públicas o privadas, en consonancia con las finalidades anteriormente mencionadas.
Derechos	Ud. podrá ejercitar los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación, Portabilidad, Supresión o, en su caso, Oposición. Para ejercitar los derechos deberá presentar un escrito en la dirección arriba señalada. Deberá especificar cuál de estos derechos solicita sea satisfecho y, a su vez, deberá acompañarse de la fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente. En caso de que actuara mediante representante, legal o voluntario, deberá aportar también documento que acredite la representación y documento identificativo del mismo. Asimismo, en caso de considerar vulnerado su derecho a la protección de datos personales, podrá interponer una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).
Firma	Como prueba de conformidad con cuanto se ha manifestado acerca del tratamiento de mis datos personales, firmo la presente. Nombre y Apellidos: _____