
Formulario para el Registro como Abogado en el ámbito de aplicación de la Directiva de establecimiento 98/5/EC de 16 de febrero de 1998

Datos personales

Apellidos Fecha de Nacimiento

Nombre Lugar de nacimiento

Sexo **M** **F** Nacionalidad

Datos profesionales

Por favor utilice un folio separado si es necesario.

Título profesional en el Estado de Origen

Dirección principal del despacho u organización en el Estado de origen

Dirección para correspondencia (si diferente)

Dirección principal del despacho u organización en España (Estado de acogida)

Dirección para correspondencia (si diferente)

Estatus Profesional*

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Abogado individual | <input type="checkbox"/> |
| Socio | <input type="checkbox"/> |
| Asistente | <input type="checkbox"/> |

| | |
|-----------|--------------------------|
| Consultor | <input type="checkbox"/> |
| * Otro | <input type="checkbox"/> |

* Marca el recuadro correspondiente

* Describa

Datos de la jurisdicción de origen

Nombre y dirección del Colegio de Abogados/Autoridad competente en el que está admitido.

Si es en más de uno incluir los datos.

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | 2 | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |

Fecha de admisión

Fecha de admisión

Ha completado su formación? Sí No

Está en la actualidad autorizado a ejercer como Abogado en la Jurisdicción a la que pertenece su Colegio/Autoridad competente? Sí No

Ha adjuntado el certificado de colegiación y disciplina de su jurisdicción de origen o de alguna otra? Sí No

Tiene un seguro de responsabilidad profesional? Sí No
En caso afirmativo, por favor, detállelo en un folio separado.

Aplicaciones previas

Ha solicitado su inscripción con anterioridad:

En nuestra jurisdicción? Sí No

En otra jurisdicción? Sí No

En caso afirmativo, en cual.....

Hechos relevantes

Se han iniciado procedimientos contra usted alegando mala conducta profesional aunque aún no haya habido resolución?

Ha sido sancionado o suspendido en su ejercicio alguna vez?

¿Hay algún hecho relevante relacionado con su aptitud para el ejercicio que se haya producido desde su última aplicación (si la hubiera) (por ejemplo, la quiebra)?

Forma de pago

A RELLENAR POR CADA COLEGIO

Declaración

Declaro que la información que facilito en este formulario es correcta y completa en la fecha de esta solicitud.

Acepto que (Colegio de Abogados/Autoridad competente) informe inmediatamente de cualquier cambio significativo en la información facilitada que tenga lugar entre ahora y la decisión relativa a mi solicitud.

Acepto cumplir las normas deontológicas del(Colegio de Abogados) durante el tiempo en el que este registrado en el mismo, asimismo acepto que mi Colegio/Autoridad competente de origen y el (Colegio de Abogados) puedan libremente intercambiar información relevante sobre mi actividad profesional.

Firmado : _____ Fecha : _____

Nombre : _____
