



## SOLICITUDE DE ALTA EN COLEXIACIÓN

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio profesional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Poboación / provincia: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Solicito ser dado/a de alta no Ilustre Colexio da Avogacía de Santiago de Compostela en calidade de:**

(Marque unha opción)

AVOGADO/A EXERCENTE

COLEXIADO/A NON EXERCENTE

Data de licenciatura/graduación: \_\_\_\_\_

Santiago de Compostela, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

[Sinatura]

EXCMO. SR. DECANO DO ILUSTRE COLEXIO DA AVOGACÍA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA