**DATOS DEL SOLICITANTE:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Arquitecto/Soc. |       | Nº Col. |       | del C.O.A. de |       |
| Domicilio |       | N.I.F. |       |
| E-mail |  | Teléfono |       |
|  |  |
| Representante |       | Nº Col. |       | del C.O.A. de |       |
| Domicilio |       | N.I.F. |       |

**SOLICITUD DE EL/LOS ARQUITECTOS:**

Por la presente se solicita al Colegio Oficial de Arquitectos de La Palma, la modificación de los datos de contacto de mi:

[ ]  DOMICILIO PERSONAL

[ ]  DOMICILIO PROFESIONAL

[ ]  DOMICILIO SOCIEDAD PROFESIONAL

[ ]  DATOS CONTACTO

**DATOS A MODIFICAR:**

**DOMICILIO PERSONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección |  |
| Municipio |  | C.P. |  |

**DOMICILIO PROFESIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección |  |
| Municipio |  | C.P. |  |

**DOMICILIO SOCIEDAD PROFESIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección |  |
| Municipio |  | C.P. |  |

**DATOS CONTACTO**

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail |  |
| Teléfono 1 |  | Teléfono 2 |  |

**En      , con fecha       de       de**

**Firmado Arquitecto/s**