



INFORMACIÓN NUEVOS COLEGIADOS

1. CUOTAS

- 1º COLEGIACIÓN ALTA. CUOTA INCORPORACIÓN: 150,25€
- CUOTA MENSUAL A INGRESAR EN ICOVS: 27,32€
SE DESGLOSA: 15,00€ ICOVS; 11,72€ CGCV; 0,60€ CACV.
- SEGUROS (Pago anual enero):18,12€
- POR TRASLADO DE EXPEDIENTE DE OTRA PROVINCIA: 15,00€
- REINCORPORACIÓN: 15,00€

2. SE OFRECE:

- Revista del C.G.V. y del C.A.C.V.
- Biblioteca con más de mil volúmenes.
- Descuentos en cursos y jornadas organizadas por el Colegio.
- Asesoría Jurídica en temas profesionales (Asesor Jurídico del Colegio).
- Utilización de las instalaciones de la Sede Colegial (Previa reserva).
- Seguros de vida y de Responsabilidad Civil.
- Ofertas especiales para colegiados, página web (www.colvetsevilla.es)
- Auxilio de defunción para todos los colegiados independientemente de la edad
- Bolsa de trabajo.
- Bolsa de Peritaciones.
- Información continua y actualizada sobre legislación. Web(www.colvetsevilla.es)
- Página Web, Oficina Virtual, Compra Electrónica, etc...
- Asesoramiento jurídico asuntos personales(a través de AMA)

3. SE ENTREGA A LA COLEGIACIÓN

- Nº de colegiado.
- Carnet de colegiado.
- Claves acceso web:
 - usuario: 41 + nº de colegiado
 - clave: NIF (letra mayúscula)
- Talonario de recetas
- Formulario consentimiento informado
- Tutorización en 954.41.03.58.
- Así mismo, le informamos que en nuestra página web (www.colvetsevilla.es) puede encontrar;
 - Código Deontológico
 - Estatutos colegiales
 - Otros temas de actualidad o interés general

(Rellenar por el Colegio) Fecha alta	Colegiado ICOVS Nº	
---	--------------------	--

1. DATOS DE PROCEDENCIA	
Colegio de procedencia (en su caso):	
Fecha alta:	Fecha baja:
Reincorporación <input type="checkbox"/>	

2. DATOS PERSONALES	
Nombre:	Apellidos:
DNI:	Pasaporte/Permiso de residencia:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:
Nacionalidad:	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
Teléfono móvil:	Email:

3. DOMICILIO PARTICULAR		
Calle/ Avda. /Plaza:		
Urbanización:		
Número:	Piso:	Puerta:
Localidad:	Provincia:	CP:
Teléfono fijo:		

4. DATOS ACADÉMICOS	
Facultad en la que se licenció:	Fecha:
Facultad en la que se doctoró:	Fecha:
Otras titulaciones obtenidas, cursos de postgrado / Centro docente	/Año
_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____

5. DATOS PROFESIONALES			
Nombre de la empresa:			
Domicilio:			Nº
Localidad:	Provincia:	CP:	
Teléfono de trabajo:		Fax:	
E-mail trabajo:		Horario:	
Ámbito en el que ejerce la actividad profesional			
<input type="checkbox"/> Pequeños animales	<input type="checkbox"/> Ganado caprino	<input type="checkbox"/> Ganado porcino	<input type="checkbox"/> Agricultura
<input type="checkbox"/> Ganado Ovino	<input type="checkbox"/> Équidos	<input type="checkbox"/> Espectáculos taurinos	<input type="checkbox"/> Funcionario
<input type="checkbox"/> Vacuno	<input type="checkbox"/> Perito	<input type="checkbox"/> Bromatología	<input type="checkbox"/> Ganadería
<input type="checkbox"/> Animales Exóticos	<input type="checkbox"/> Apicultura	<input type="checkbox"/> Control de Plagas	<input type="checkbox"/> Otros:

6. DATOS A EFECTOS PRESTACIONES SOCIALES Y OTROS SEGUROS (BENEFICIARIOS)	
Estado civil:	Nombre/Apellidos (beneficiario):
Número de hijos a su cargo:	
Nombre y Apellidos hijos	/ Fecha nacimiento (día/mes/año)
_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____

7. DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA LA SOLICITUD
1. COLEGIACIÓN DE VETERINARIOS CON DNI ESPAÑOL
<input type="checkbox"/> Título Oficial o Certificación supletoria provisional que deberá incorporar el número de Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales y firmada por el Rector.
<input type="checkbox"/> Certificación académica en la que consten las asignaturas cursadas y la mención expresa del pago de las tasas para expedición del título correspondiente
<input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI compulsado por el Colegio
<input type="checkbox"/> Dos fotografías tamaño carné
<input type="checkbox"/> Certificado de Penales
2. COLEGIACIÓN DE VETERINARIOS PROCEDENTES DE OTRO COLEGIO DE VETERINARIOS ESPAÑOL (TRASLADOS)
<input type="checkbox"/> Título Oficial o Certificación supletoria provisional que deberá incorporar el número de Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales y firmada por el Rector.
<input type="checkbox"/> Certificado expedido por el Colegio de procedencia con expresa mención de la condición de veterinario, estar al corriente de pago de las obligaciones económicas y no estar incurso en inhabilitación temporal o definitiva para el ejercicio de la profesión.
<input type="checkbox"/> Fotocopia del DNI compulsado por el Colegio
<input type="checkbox"/> Dos fotografías tamaño carné
<input type="checkbox"/> Certificado de Penales
3. COLEGIACIÓN DE VETERINARIOS PROCEDENTES DE LA UNIÓN EUROPEA
<input type="checkbox"/> Título Académico homologado o reconocido por la Subdirección General de Títulos, Convalidaciones y Homologaciones. Consejería de Títulos de la Unión Europea. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Paseo del Prado, nº 28.28071 Madrid. (RD 86/1987, del 16 de enero).
<input type="checkbox"/> Certificado expedido por la autoridad competente del país de origen haciendo constar que el demandante no se encuentra inhabilitado para el ejercicio de la profesión, así como traducción jurada de este documento al español.

<input type="checkbox"/> Pasaporte o carné de identidad o fotocopia compulsada de estos documentos. <input type="checkbox"/> Dos fotografías tamaño carné <input type="checkbox"/> Certificado de Penales 4. COLEGIACIÓN DE VETERINARIOS PROCEDENTES DE TERCEROS PAÍSES <input type="checkbox"/> Título homologado por la Subdirección General de Títulos, Convalidaciones y Homologaciones. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Paseo del Prado, nº28. 28071 Madrid. (RD.1171/2003, del 12 de septiembre). <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo para el ejercicio de la profesión veterinaria y no otra, concedido por el Ministerio de Trabajo. <input type="checkbox"/> Permiso de Residencia, que expide el Ministerio del Interior. <input type="checkbox"/> Pasaporte o fotocopia compulsada de este documento. <input type="checkbox"/> Dos fotografías tamaño carné. <input type="checkbox"/> Certificado de Penales

8. DATOS BANCARIOS Nº cuenta donde se cobrarán las cuotas colegiales, seguros, etc..., es la siguiente: IBAN <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>E</td><td>S</td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	E	S														
E	S															

De conformidad con los Estatutos vigentes del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Sevilla (ICOVS), solicito la incorporación como colegiado, declarando lo siguiente:

1. No estar incapacitado, ni incurso en causa de incapacitación, ni inhabilitado para el ejercicio de la profesión veterinaria.
2. Que todos los datos que figuren en esta solicitud son verdaderos en la fecha de la firma^(*).
3. Que acepta:
 - a) Lo dispuesto en la normativa vigente en materia de Protección de Datos de Carácter Personal^(**).
 - b) La inclusión de sus datos en la página web www.colvetsevilla.es
 - c) El Envío de publicaciones y circulares colegiales a la dirección particular profesional
 - d) En todas sus partes los Estatutos del ICOVS

En _____, a ____ de _____ de 20__

EL VETERINARIO

Fdo. _____

^(*)Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, Art. 7.2 Ley 25/2009, Art. 1, Tres, 1 y 4: "A los efectos de esta Ley, se entenderá por declaración responsable el documento suscrito por un interesado en el que manifiesta, bajo su responsabilidad, que cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente para acceder al reconocimiento de un derecho o facultad o para su ejercicio, que dispone de la documentación que así lo acredita y que se compromete a mantener su cumplimiento durante el periodo de tiempo inherente a dicho reconocimiento o ejercicio "La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a una declaración responsable o a una comunicación previa, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable o comunicación previa, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar".

^(**)En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos que los datos personales que nos facilite serán responsabilidad del Colegio Oficial de Veterinarios de Sevilla (ICOVS), del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios (CACV) y del Consejo General de Colegios Veterinarios de España (COLVET) domiciliados respectivamente en C/ Tajo nº 1 CP 41012 Sevilla, en C/ Gonzalo Bilbao nº 23-25 CP 41003 Sevilla y en C/ Villanueva, 11-5º, 28001 de Madrid.

Basándose en las funciones legal y estatutariamente atribuidas al Colegio y al Consejo, su interés legítimo, consentimiento expreso del interesado o cumpliendo con la prestación de los servicios solicitados por colegiados los datos personales y profesionales del Colegiado serán utilizados para las siguientes finalidades:

- Ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por el cumplimiento de las normas deontológicas, ética profesional, competencia desleal y por el respeto debido a los derechos de los particulares.
- Organizar actividades formativas y servicios comunes de carácter profesional, cultural, asistencial, de previsión y análogos que sean de interés para los colegiados.
- Resolver y/o mediar en la resolución de controversias por la actuación profesional con los usuarios o entre colegiados.
- Ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegiado.
- Prestar cualesquiera otros servicios asistenciales solicitados por los colegiados

Con esta/s finalidad/es sus datos, serán conservados durante la vigencia de la relación con el Colegio y, posteriormente mientras no hayan prescrito las responsabilidades del Colegio, según los criterios legales y estatutarios aplicables y debidamente bloqueados de manera que sólo estén disponibles para las administraciones públicas, los jueces y tribunales que los puedan requerir para atender las posibles responsabilidades.

Además, de la correspondencia que reglamentariamente deba remitirse desde ese Colegio, tales como el envío del Órgano Oficial de Difusión de esa Corporación Profesional, los Boletines Informativos de actividades colegiales y profesionales, la organización de actividades y servicios comunes de interés para los colegiados, de carácter profesional, formativo, cultural, asistencial, económico, de previsión u otros análogos (Art. 5 de la Ley 2/1974 de colegios Profesionales), así como organizar congresos, cursos y seminarios para la formación de posgraduados marcando la casilla abajo dispuesta, nos autoriza a que sus datos puedan ser utilizados para realizar envíos adicionales con la información que ese Colegio considere beneficiosa para el colegiado:

AUTORIZO a que me envíe por cualquier medio incluido el electrónico cuanta información considere ese Colegio beneficiosa para los colegiados.

Con esta finalidad sus datos serán conservados hasta el momento en que usted pierda su condición del colegiado del Colegio o decida oponerse a este tratamiento, suprimir sus datos o limitar el tratamiento de los mismos.

Asimismo, le informamos que con las mismas finalidades arriba indicadas compartiremos sus datos con las compañías aseguradoras para la gestión de las pólizas y seguros concertados por el Colegio de forma colectiva en favor de los colegiados y en su caso, a los Colegios correspondientes a cada Comunidad Autónoma para la correcta gestión de su situación colegial y llevar un control de movilidad de los colegiados/as así como con las autoridades públicas con competencia en la materia.

Al facilitar sus datos usted garantiza haber leído y aceptado expresamente el tratamiento de sus datos personales conforme a lo indicado. No obstante, en todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento y portabilidad, cuando dichos derechos sean aplicables, a través de comunicación escrita a la dirección de Colegio, Consejo Andaluz o del COLVET arriba indicada o la dirección de correo electrónico de sus respectivos Delegados de Protección de Datos derechosrpgd@colvetsevilla.es, asesoriajuridica@colegiosveterinarios.es y protecciondedatos@colvet.es aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente y concretando su solicitud.

Asimismo, si considera que sus datos han sido tratados de forma inadecuada, tendrá derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de protección de Datos (C/ Jorge Juan, 6. 28001 – Madrid www.agpd.es).

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS VETERINARIOS DE ESPAÑA

COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE SEVILLA COLEGIADO Nº _____

1º Apellido _____

2º Apellido _____

Nombre _____

Sexo _____ DNI _____ Fecha Nacimiento ____/____/____

Domicilio _____, nº _____ piso _____

Localidad _____ Código P. _____ Provincia _____

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

Licenciado Veterinaria Facultad de _____ Fecha ____/____/____

Doctor en _____ Facultad _____ Fecha ____/____/____

Otros títulos:

Título _____ Centro Docente _____ Fecha ____/____/____

Áreas de trabajo:

Observaciones:

NOTA: en caso de estar colegiado voluntario en otro Colegio, indicarlo en Observaciones

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos que los datos personales que nos facilite serán responsabilidad del Colegio Oficial de Veterinarios de Sevilla (ICOVS), del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios (CACV) y del Consejo General de Colegios Veterinarios de España (COLVET) domiciliados respectivamente en C/ Tajo nº 1 CP 41012 Sevilla, en C/ Gonzalo Bilbao nº 23-25 CP 41003 Sevilla y en C/ Villanueva, 11-5º, 28001 de Madrid.

Basándose en las funciones legal y estatutariamente atribuidas al Colegio y al Consejo, su interés legítimo, consentimiento expreso del interesado o cumpliendo con la prestación de los servicios solicitados por colegiados los datos personales y profesionales del Colegiado serán utilizados para las siguientes finalidades:

- Ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por el cumplimiento de las normas deontológicas, ética profesional, competencia desleal y por el respeto debido a los derechos de los particulares.
- Organizar actividades formativas y servicios comunes de carácter profesional, cultural, asistencial, de previsión y análogos que sean de interés para los colegiados.
- Resolver y/o mediar en la resolución de controversias por la actuación profesional con los usuarios o entre colegiados.
- Ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegiado.
- Prestar cualesquiera otros servicios asistenciales solicitados por los colegiados

Con esta/s finalidad/es sus datos, serán conservados durante la vigencia de la relación con el Colegio y, posteriormente mientras no hayan prescrito las responsabilidades del Colegio, según los criterios legales y estatutarios aplicables y debidamente bloqueados de manera que sólo estén disponibles para las administraciones públicas, los jueces y tribunales que los puedan requerir para atender las posibles responsabilidades.

Además, de la correspondencia que reglamentariamente deba remitirse desde ese Colegio, tales como el envío del Órgano Oficial de Difusión de esa Corporación Profesional, los Boletines Informativos de actividades colegiales y profesionales, la organización de actividades y servicios comunes de interés para los colegiados, de carácter profesional, formativo, cultural, asistencial, económico, de previsión u otros análogos (Art. 5 de la Ley 2/1974 de Colegios Profesionales), así como organizar congresos, cursos y seminarios para la formación de posgraduados marcando la casilla abajo dispuesta, nos autoriza a que sus datos puedan ser utilizados para realizar envíos adicionales con la información que ese Colegio considere beneficiosa para el colegiado:

- AUTORIZO a que me envíe por cualquier medio incluido el electrónico cuanta información considere ese Colegio beneficiosa para los colegiados.

Con esta finalidad sus datos serán conservados hasta el momento en que usted pierda su condición de colegiado del Colegio o decida oponerse a este tratamiento, suprimir sus datos o limitar el tratamiento de los mismos.

Asimismo, le informamos que con las mismas finalidades arriba indicadas compartiremos sus datos con las compañías aseguradoras para la gestión de las pólizas y seguros concertados por el Colegio de forma colectiva en favor de los colegiados y en su caso, a los Colegios correspondientes a cada Comunidad Autónoma para la correcta gestión de su situación colegial y llevar un control de movilidad de los colegiados/as así como con las autoridades públicas con competencia en la materia.

Al facilitar sus datos usted garantiza haber leído y aceptado expresamente el tratamiento de sus datos personales conforme a lo indicado. No obstante, en todo momento podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de su tratamiento y portabilidad, cuando dichos derechos sean aplicables, a través de comunicación escrita a la dirección de Colegio, Consejo Andaluz o del COLVET arriba indicada o la dirección de correo electrónico de sus respectivos Delegados de Protección de Datos derechosrgpd@colvetsevilla.es, asesoriajuridica@colegiosveterinarios.es y protecciondedatos@colvet.es aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente y concretando su solicitud.

Asimismo, si considera que sus datos han sido tratados de forma inadecuada, tendrá derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de protección de Datos (C/ Jorge Juan, 6. 28001 - Madrid www.agpd.es).

SOLICITUD DE SELLO VETERINARIO

Don _____, con DNI _____,
(Todas las letras en mayúsculas)

Veterinario colegiado número _____, del Ilustre Colegio de Veterinarios de Sevilla.

SOLICITA:

Una unidad del sello veterinario personalizado GRATUITO, según formato establecido por el anexo IV del Decreto 79/201, de 12 de abril, por el que se establecen las normas sobre la distribución, prescripción, dispensación y utilización de medicamentos de unos veterinario y se crea el Registro de Establecimientos de Medicamentos Veterinarios de Andalucía.

Sevilla, _____ de _____ de _____

EL VETERINARIO

Fdo: _____

Revisada y remitida solicitud al Consejo Andaluz de Colegios de Veterinarios el día _____ de _____ de _____.

RESPONSABLE

Fdo: _____

Recibido sello de Colegiado el día _____ de _____ de _____

RESPONSABLE

Fdo: _____



CENTRO GESTOR
SUBSECRETARÍA DE JUSTICIA

TASAS ADMINISTRATIVAS

Modelo 790

CÓDIGO 0 0 6

Identificación (1)	Espacio reservado para la etiqueta identificativa del sujeto pasivo Si no dispone de etiquetas, consigne los datos que se solicitan en las líneas inferiores		Devengo Ejercicio.....				
	Nº de Justificante 790006 8526996						
	1. N.I.F./N.I.E.	2. PRIMER APELLIDO DEL SOLICITANTE.	3. SEGUNDO APELLIDO.	4. NOMBRE.			
	5. DOMICILIO: CALLE/PLAZA/AVENIDA.		6. NUMERO	7. ESCALERA	8. PISO	9. PUERTA	10. TELEFONOS, FIJO Y/O MÓVIL.
	11. DOMICILIO: MUNICIPIO.	12. DOMICILIO: PROVINCIA.	13. DOMICILIO: PAÍS.	14. CÓDIGO POSTAL.			
15. CORREO ELECTRÓNICO	16. CÓDIGO DE LA OFICINA NOTARIAL (código a efectos catastrales) (a cumplimentar exclusivamente por los notarios en los certificados solicitados por éstos)						
CERTIFICADOS QUE SE SOLICITAN (márquese con una X)							
17. Antecedentes Penales <input type="checkbox"/>		18. Últimas voluntades <input type="checkbox"/>		19. Contrato de seguros de cobertura de fallecimiento <input type="checkbox"/>			
A. INDIQUE, SI EL CERTIFICADO HA DE TENER EFECTOS EN EL EXTRANJERO:							
20. PAÍS DE DESTINO.		21. AUTORIDAD O ENTIDAD ANTE LA QUE DEBE SURTIR EFECTOS.					
B. DATOS DE LA PERSONA FÍSICA, JURÍDICA O ENTE SIN PERSONALIDAD RESPECTO DE LA QUE SE SOLICITA EL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES.							
22. N.I.F./C.I.F./N.I.E.	23. PRIMER APELLIDO O DENOMINACIÓN SOCIAL	24. SEGUNDO APELLIDO.	25. NOMBRE.				
26. FECHA DE NACIMIENTO.	27. POBLACIÓN DE NACIMIENTO.	28. PROVINCIA/PAÍS DE NACIMIENTO.	29. PAÍS DE NACIONALIDAD.				
30. NOMBRE DEL PADRE.	31. NOMBRE DE LA MADRE.	32. FINALIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA..					
33. Si es o ha sido residente o nacional de algún otro Estado de la Unión Europea y desea que se soliciten los datos penales del Registro de ese/esos Estado/s, señale de qué Estado/s se trata:							
C. DATOS DE LA PERSONA RESPECTO DE LA QUE SE SOLICITA/N EL/LOS CERTIFICADO/S DE ÚLTIMAS VOLUNTADES Y/O DE CONTRATOS DE SEGUROS DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO.							
34. N.I.F./N.I.E.	35. PRIMER APELLIDO DE LA PERSONA FALLECIDA.	36. SEGUNDO APELLIDO.	37. NOMBRE.				
38. FECHA DE DEFUNCIÓN.	39. POBLACIÓN DE DEFUNCIÓN.	40. FECHA DE NACIMIENTO.	41. POBLACIÓN DE NACIMIENTO.				
42. SÓLO PARA EL CERTIFICADO DE ÚLTIMAS VOLUNTADES: SI CONOCE LOS SIGUIENTES DATOS DEL TESTAMENTO Y/O DEL CÓNYUGE, CONSÍGNELOS							
FECHA DEL TESTAMENTO	NOTARIO	LUGAR DE OTORGAMIENTO	APELLIDOS Y NOMBRE DEL/LOS CONYUGE/S				
DECLARANTE (3), a de de 20.....		INGRESO (4)				
	Firma:						
Ingreso efectuado a favor del Tesoro Público, cuenta restringida de la A.E.A.T. para la recaudación de TASAS		IMPORTE euros:					
Forma de pago: en efectivo <input type="checkbox"/>		E.C. adeudo en cuenta <input type="checkbox"/>					
Código cuenta cliente (CCC)							
Entidad	Oficina	DC	Número de cuenta				

VALIDACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA: este documento no será válido sin la certificación mecánica o, en su defecto, firma autorizada

NOTA: ANTES DE CUMPLIMENTAR LOS DATOS, LEA LAS INSTRUCCIONES AL DORSO DEL DOCUMENTO

Ejemplar para la Administración.



CENTRO GESTOR
SUBSECRETARÍA DE JUSTICIA

TASAS ADMINISTRATIVAS

Modelo
790

CÓDIGO 0 0 6

Identificación (1)	Espacio reservado para la etiqueta identificativa del sujeto pasivo Si no dispone de etiquetas, consigne los datos que se solicitan en las líneas inferiores		Devengo Ejercicio.....		
	Nº de Justificante 790006 8526996				
	1. N.I.F./N.I.E.	2. PRIMER APELLIDO DEL SOLICITANTE.	3. SEGUNDO APELLIDO.	4. NOMBRE.	
	5. DOMICILIO: CALLE/PLAZA/AVENIDA.			6. NUMERO	7. ESCALERA
	11. DOMICILIO: MUNICIPIO.		12. DOMICILIO: PROVINCIA.	13. DOMICILIO: PAÍS.	14. CÓDIGO POSTAL.

CERTIFICADOS QUE SE SOLICITAN (márquese con una X)

17. Antecedentes Penales 18. Últimas voluntades 19. Contrato de seguros de cobertura de fallecimiento

(Cumplimentar los datos del Apartado B) (Cumplimentar los datos del apartado C)

A. INDIQUE, SI EL CERTIFICADO HA DE TENER EFECTOS EN EL EXTRANJERO:

20. PAÍS DE DESTINO. 21. AUTORIDAD O ENTIDAD ANTE LA QUE DEBE SURTIR EFECTOS.

B. DATOS DE LA PERSONA FÍSICA, JURÍDICA O ENTE SIN PERSONALIDAD RESPECTO DE LA QUE SE SOLICITA EL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES.

22. N.I.F./C.I.F./N.I.E. 23. PRIMER APELLIDO O DENOMINACIÓN SOCIAL 24. SEGUNDO APELLIDO. 25. NOMBRE.

26. FECHA DE NACIMIENTO. 27. POBLACIÓN DE NACIMIENTO. 28. PROVINCIA/PAÍS DE NACIMIENTO. 29. PAÍS DE NACIONALIDAD.

30. NOMBRE DEL PADRE. 31. NOMBRE DE LA MADRE. 32. FINALIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA..

33. Si es o ha sido residente o nacional de algún otro Estado de la Unión Europea y desea que se soliciten los datos penales del Registro de ese/esos Estado/s, señale de qué Estado/s se trata:

C. DATOS DE LA PERSONA RESPECTO DE LA QUE SE SOLICITA/N EL/LOS CERTIFICADO/S DE ÚLTIMAS VOLUNTADES Y/O DE CONTRATOS DE SEGUROS DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO.

34. N.I.F./N.I.E. 35. PRIMER APELLIDO DE LA PERSONA FALLECIDA. 36. SEGUNDO APELLIDO. 37. NOMBRE.

38. FECHA DE DEFUNCIÓN. 39. POBLACIÓN DE DEFUNCIÓN. 40. FECHA DE NACIMIENTO. 41. POBLACIÓN DE NACIMIENTO.

42. **SÓLO PARA EL CERTIFICADO DE ÚLTIMAS VOLUNTADES: SI CONOCE LOS SIGUIENTES DATOS DEL TESTAMENTO Y/O DEL CÓNYUGE, CONSÍGNELOS**

FECHA DEL TESTAMENTO NOTARIO LUGAR DE OTORGAMIENTO APELLIDOS Y NOMBRE DEL/LOS CONYUGE/S

DECLARANTE (3), a de de 20.....	INGRESO (4)	Ingreso efectuado a favor del Tesoro Público, cuenta restringida de la A.E.A.T. para la recaudación de TASAS
	Firma:		IMPORTE euros:
			Forma de pago: en efectivo <input type="checkbox"/> E.C. adeudo en cuenta <input type="checkbox"/>
			Código cuenta cliente (CCC) Entidad Oficina DC Número de cuenta

VALIDACIÓN POR LA ENTIDAD COLABORADORA: este documento no será válido sin la certificación mecánica o, en su defecto, firma autorizada

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL IMPRESO 790 DE SOLICITUD Y AUTOLIQUIDACIÓN DE CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES PENALES, ÚLTIMAS VOLUNTADES Y CONTRATOS DE SEGUROS DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO

I. INSTRUCCIONES GENERALES

- El presente impreso sirve para solicitar los certificados de Antecedentes Penales, Últimas Voluntades y Contratos de Seguros de Cobertura de Fallecimiento. Si va a solicitar más de un tipo de certificado **sobre la misma persona** (por ejemplo, el certificado de Últimas Voluntades y el de Contratos de Seguros de Cobertura de Fallecimiento) puede hacerlo en el mismo impreso.
- Escriba en mayúsculas, asegurándose que los datos puedan leerse claramente en los tres ejemplares.
- Una vez cumplimentado el impreso, **en primer lugar**, deberá realizar el **pago de la/s tasa/s**, acudiendo a cualquier Banco, Caja de Ahorros o Cooperativa de Crédito de las que actúan como entidades colaboradoras en la recaudación tributaria (la práctica totalidad de aquellos). Efectuado el pago, la entidad financiera le entregará las copias EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN y EJEMPLAR PARA EL INTERESADO, con la correspondiente certificación mecánica o firma autorizada.
- **No olvide firmar el impreso.**

II. INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL IMPRESO

1. APARTADO "IDENTIFICACIÓN (1)"

a. Si no dispone de etiquetas identificativas ha de escribir los datos que se solicitan en los recuadros números 1 al 15, teniendo en cuenta que:

I. Para el CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES, han de ser los datos del interesado, cuando sea este el que solicita personalmente el certificado, o los de la persona que le represente cuando actúe en nombre de una persona física, de una persona jurídica o de un ente sin personalidad.

II. Para los CERTIFICADOS DE ÚLTIMAS VOLUNTADES y CONTRATOS DE SEGUROS DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO, serán los de la persona que solicita la expedición del/los certificado/s y NO los de la persona fallecida.

III. La dirección que figure en los recuadros 5 a 14 determinará el domicilio a efectos de notificaciones, así como para la remisión de los certificados cuando sean solicitados por correo. Si lo desea, para facilitar las comunicaciones, puede incluir su dirección de correo electrónico en el recuadro número 15.

b. El recuadro n.º 16 únicamente será cumplimentado cuando los certificados se soliciten por un notario.

2. APARTADO "AUTOLIQUIDACIÓN (2)"

En el encabezado de este apartado habrá de señalar con una X el/los tipo/s de certificado/s que solicita. Si son varios, recuerde que han de ser sobre una misma persona.

3. APARTADO A "SI EL CERTIFICADO HA DE TENER EFECTOS EN EL EXTRANJERO" indique, país y autoridad o entidad ante la que deba surtir efectos.

NOTA IMPORTANTE: SI LOS CERTIFICADOS HAN DE TENER EFECTOS EN EL EXTRANJERO TENDRÁN QUE SER **LEGALIZADOS O APOSTILLADOS**. INFÓRMESE SOBRE ESTE TRÁMITE.

4. APARTADO B "DATOS DE LA PERSONA FÍSICA, JURÍDICA O ENTE SIN PERSONALIDAD RESPECTO DE LA QUE SE SOLICITA EL CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES"

Los datos de este apartado, casillas n.º 22 a 33, corresponden EXCLUSIVAMENTE A LA PERSONA CUYOS ANTECEDENTES PENALES SE SOLICITAN.

5. APARTADO C "DATOS DE LA PERSONA RESPECTO DE LA QUE SE SOLICITA/N EL/LOS CERTIFICADO/S DE ÚLTIMAS VOLUNTADES Y/O DE CONTRATOS DE SEGUROS DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO"

Para la solicitud del CERTIFICADO DE ÚLTIMAS VOLUNTADES deberá cumplimentar las casillas nº 34 a 41. En la casilla 42 habrá de escribir los datos que se solicitan (fecha del testamento, notario y lugar de otorgamiento) en caso de que sepa o presuma que el solicitante/fallecido otorgó testamento, así como los apellidos y nombre de su cónyuge o cónyuges anteriores, si los conoce.

Para la solicitud del CERTIFICADO DE CONTRATOS DE SEGUROS DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO, solamente deberá cumplimentar las casillas nº 34 a 41.

Para ambas solicitudes ÚNICAMENTE en caso de que el solicitante/fallecido carezca de NIE, en la casilla nº 34 habrá de escribir el nº de pasaporte o, en caso de no tenerlo, el de otro documento de identificación de su país de origen.

6. APARTADO "DECLARANTE (3)"

Este apartado será firmado por quien solicita el certificado.

7. APARTADO "INGRESO (4)"

Habrà de consignar en el recuadro "IMPORTE euros" el correspondiente a la tasa cuyo certificado desea solicitar, ya que es un impreso autoliquidativo.

Si en el mismo impreso va a solicitar más de un certificado, habrá de consignar el importe total que debe abonar, que será la suma de las cuantías individuales de cada una de las tasas que corresponde por cada certificado que va a solicitar.

III. INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR LA SOLICITUD DEL CERTIFICADO

1. DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR. Una vez efectuada correctamente la autoliquidación de la tasa, la solicitud del/los certificado/s se hará presentando la copia EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN, acompañada de la DOCUMENTACIÓN SIGUIENTE:

1.1. CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES.

1.1.1 ACREDITACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL SOLICITANTE

Original del DNI, Tarjeta de Residencia, Pasaporte, Carnet de conducir o documento de identificación comunitario o equivalente, en vigor, de la persona respecto de la que se solicita la certificación, siempre que el documento presentado permita identificar fehacientemente a esta.

1.1.2 CUANDO SE SOLICITA EL CERTIFICADO RESPECTO DE UNA PERSONA FÍSICA A TRAVÉS DE REPRESENTANTE, este, además de acreditar su identidad mediante la documentación del punto 1.1.1, deberá adjuntar:

- Original o fotocopia compulsada del documento de identificación del representado.

- Original o fotocopia compulsada de la autorización que acredite la representación por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna de la misma (documento público autorizado por notario, documento privado con firmas legitimadas por notario, o, documento privado otorgado en comparecencia personal del interesado ante empleado público, que hará constar esta circunstancia mediante diligencia).

1.1.3 CUANDO SE SOLICITA EL CERTIFICADO RESPECTO DE UNA PERSONA JURÍDICA O ENTE SIN PERSONALIDAD, deberá acreditarse la representación mediante documento público notarial, presentando original o fotocopia compulsada del mismo.

1.2 CERTIFICADO DE ÚLTIMAS VOLUNTADES Y DE CONTRATOS DE SEGUROS DE COBERTURA DE FALLECIMIENTO.

- La solicitud no podrá presentarse hasta que hayan transcurrido 15 días hábiles desde la fecha del fallecimiento.

- **SI LA FECHA DEL FALLECIMIENTO ES ANTERIOR AL 2 DE ABRIL DE 2009, O LA DEFUNCIÓN ESTÁ INSCRITA EN UN JUZGADO DE PAZ**, para la tramitación de cualquiera de estos dos certificados ES IMPRESCINDIBLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, que habrá de ser original o fotocopia compulsada, expedido por el Registro Civil correspondiente a la localidad en que la persona haya fallecido, y en el que deberá constar necesariamente el nombre de sus padres.

2. FORMAS DE PRESENTACIÓN:

2.1 PRESENCIAL

- En MADRID: En la Oficina Central de Atención al Ciudadano, Calle de la Bolsa, 8, planta baja (horario: de lunes a viernes de 9:00 a 17:30 h., ininterrumpidamente, y los sábados de 9:00 a 14:00 h. En el período comprendido entre el 16 de junio y el 15 de septiembre el horario es de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 h. y los sábados de 9:00 a 14:00 h.
- En las GERENCIAS TERRITORIALES DEL MINISTERIO DE JUSTICIA. Puede consultar sus direcciones en www.mjusticia.gob.es

2.2 POR CORREO POSTAL

La solicitud, junto con la anterior documentación, **debidamente compulsada**, se remitirá a la siguiente dirección:

- Para el certificado de Antecedentes Penales: Oficina Central de Atención al Ciudadano, Ministerio de Justicia, Calle de la Bolsa, 8, 28012 Madrid.
- Para los certificados de Últimas Voluntades y Contratos de Seguros de Cobertura de Fallecimiento: Registro General de Actos de Última Voluntad, Ministerio de Justicia, Plaza de Jacinto Benavente, 3, 28012 Madrid.

El/los certificado/s le será/n enviado/s posteriormente a la dirección consignada en las casillas 5 a 14.