



Enginyers  
Tècnics  
Industrials

Col·legi/Associació

Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida.  
C/ Aribau, núm. 8 – 25008 Lleida

[www.cetill.cat](http://www.cetill.cat) /// [cetill@cetill.cat](mailto:cetill@cetill.cat)

Tel. 973 232 253 - Fax 973 232 588

Informació General  
Alta CETILL-AETILL

# Alta Col·legial

## Ets Enginyer/a Tècnic/a Industrial?

Pots formar part del COL·LEGI i de l'ASSOCIACIÓ D'ENGINYERS TÈCNICS INDUSTRIALS DE LLEIDA.

## Pots COL·LEGIAR-TE / ASSOCIAR-TE

### Què implica donar-se d'ALTA com a COL·LEGIAT/DA/ASSOCIAT/DA?

Tenir veu i vot en les assemblees del Col·legi i Associació. Gaudir de tots els serveis, assessories i equipaments del CETILL-AETILL.

L'Alta al Col·legi és efectiva a partir de l'aprovació en reunió de Junta. La teva aportació al Col·legi/Associació és la quota anual. En el cas que siguis aturat/da o jubilat/da pots sol·licitar-ne l'exempció.

Per exercir la professió és un requisit necessari la incorporació al Col·legi de l'àmbit territorial en el que s'actua (art. 38.1 i 44.4 Llei 7/2006)

### Què et cal per donar-te d'alta com a Col·legiat/da?

- 1r. Tenir la titulació d'Enginyer/a Tècnic/a Industrial o de Perit Industrial.
- 2n. No tenir cap inhabilitació professional
- 3r. Sol·licitar i complimentar els impresos del Col·legi
- 4t. Pagament de la inscripció.

### Els impresos que cal ens complimentis són:

- AB 01 Alta Col·legial
- AB 02 Fitxa Dades Col·legials
- AB 03 Actualització Dades Laborals
- Imprèss d'Alta a la Mutualitat de Pèrits i Enginyers Tècnics Industrials (MUPITI) amb les prestacions per mort per accident "Alta MUPITI Accidents"
- Opcional: Borsa Treball (sols per a interessats en formar part d'aquesta): BT 01 Demanda de Treball

### A més cal que ens duguis:

- Títol o resguard del títol original
- DNI
- Foto en format digital (si vols t'he la farem nosaltres)

i realitzis el pagament d'Inscripció Col·legial

### Disposaràs de la següent informació del CETILL -AETILL (Relació no exhaustiva):

- Estatuts CETILL, AETILL, CCETIC, COGITI
- Memòria d'Activitats últim any /Organigrama
- Revista ENGINY
- Fulletó informatiu CETILL
- Últimes Circulars informatives/Tríptics de Cursos
- Carpeta MUPITI
- Agenda

# Alta Soci Estudiant

## Ets ESTUDIANT d'Enginyeria Tècnica Industrial?

en qualsevol de les seves branques (Electricitat, Electrònica, Mecànica, Tèxtil, Química)

## pots donar-te d'Alta com a SOCI/A ESTUDIANT del CETILL – AETILL

### Què et cal per donar-te d'alta com a Soci Estudiant?

- Esser Estudiant d'Enginyeria Tècnica Industrial. (a partir del segon curs)
- Complimentar els impresos de: Sol·licitud d'Alta, fitxa registre manual, carnet i fitxa Soci Estudiant
- Aportar: justificant original de matrícula de l'any en curs, DNI, i 4 fotos tamany carnet
- Realitzar el pagament d'Alta i quota anual

### Per què et pot interessar esser SOCI ESTUDIANT?

- Per Gaudir de serveis de Biblioteca, Recull de Normativa, documentació tècnica, etc.
- Rebre de tota la informació enviada als col·legiats/des (cursos, titulacions, defensa jurídica, etc)
- Pots gaudir també del servei de Borsa de Treball

### Documentació inicial que et facilitem quan et dones d'Alta com a Soci Estudiant

- Memòria d'activitats de l'últim any
- Organigrama del CETILL
- Última revista ENGINY
- Últimes circulars informatives i tríptics als Col·legiats
- Relació de Cursos amb reconeixement de crèdits de lliure elecció
- Full informatiu de MUPITI

### En què consisteix la BORSA de TREBALL del CETILL?

És un servei que enllaça les Ofertes de Treball per Enginyers Tècnics Industrials de les empreses amb les demandes dels Col·legiats/des i Socis/es Estudiants. Té en compte les característiques sol·licitades, sector, especialitat, edat, etc.

Es considera prevalent el criteri de situació d'Aturat, Recerca de 1ª feina o millora ocupació dels integrants de la Borsa.

Es fa un seguiment de l'ocupació dels llocs sol·licitats.

**Per formar part de la Borsa de Treball és imprescindible:** Esser Col·legiat o Soci Estudiant, haver complimentat el document "BT 01 Demanda de Treball", aportar el CV. i signar l'autorització de cessió de dades a empreses.

En/Na \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_ i, en possessió del títol d' \_\_\_\_\_, expedit en data \_\_\_\_\_, de l'Escola \_\_\_\_\_,

SOL·LICITA

Sigui tramitada la seva ALTA al Col·legi/Associació d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida.

PER LA QUAL COSA,:

ADJUNTA:

- Còpia compulsada del títol de "Enginyer/a Tècnic/a Industrial o del seu resguard (En el CETILL, realitzarem la compulsa de l'original)
- Còpia del D.N.I., el qual es troba vigent.
- Foto en format digital de proporcions 19 d'alt per 17 d'ample (d'una mida de 480x536 píxels n'hi ha suficient)

DECLARA

No està sotmès/a a cap causa d'inhabilitació legal ni reglamentària establertes, per a incorporar-se al Col·legi/Associació d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida, així com a comunicar qualsevol canvi posterior d'aquesta situació.

I, DEMANA

Que es prengui nota de la seva domiciliació a efectes dels rebuts al meu càrrec, a l'entitat bancària:

| Entitat              | Oficina              | D.C.                 | Núm. Compte          |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

, a d'/de de 200 .

Signat

**DILIGÈNCIES**

|   |   |
|---|---|
| <p>A Complimentar per Secretaria del CETILL/AETILL<br/>Aprovat l'Ingrés en la Junta<br/>de data: _____<br/>És alta amb el núm. col·legial: _____ -L<br/><input type="checkbox"/> S'han enviat les dades al COGITI, per la tramitació del Carnet Col·legial, en data _____<br/><input type="checkbox"/> S'han enviat les dades a la MUPITI, per la tramitació de l'Alta en MUPITI ACCIDENTES<br/><input type="checkbox"/> Mail: _____@CETILL.CAT</p> | <p>A Complimentar pel Secretari de la Junta de Govern<br/>Signat: _____<br/><br/>Ramon Balsells Serrando, Secretari del CETILL/AETILL</p> |
|---|---|

En compliment de l'article 5, les vostres dades personals recollides seran incorporades i tractades en el fitxer "Col·legiats", inscrit a l'Agència Catalana de Protecció de Dades, essent la finalitat del fitxer, la gestió administrativa i contable del Col·legi i la de mantenir-vos informats, via correu postal o electrònic, dels actes, seminaris, publicacions i qualsevol altra activitat d'aquest tipus que organitzi el Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida.

Que les vostres dades podran ser cedides a l'AETILL, el Consell General de Col·legis d'Espanya o el Consell de Col·legis d'Enginyers Tècnics Industrials de Catalunya, a part d'altres cessions previstes per la Llei.

I que, en qualsevol cas, podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Secretaria del Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida, amb seu al Carrer Aribau, 8, 25008 de Lleida

## DADES COL·LEGIALS

|                    |    |              |  |                        |  |
|--------------------|----|--------------|--|------------------------|--|
| Núm. CETILL:       | -L | Núm. AETILL: |  | Núm. Soci/a Estudiant: |  |
| Cognoms:           |    |              |  | NIF/CIF:               |  |
| Nom:               |    |              |  | Telèfon:               |  |
| Lloc de Naixement: |    |              |  | Data Naixement:        |  |
| Adreça:            |    |              |  | Fax:                   |  |
| Població:          |    |              |  | Codi Postal:           |  |
| Província:         |    |              |  | Tel. Mòbil:            |  |
| Correu Electrònic: |    |              |  | Web:                   |  |
| Observacions:      |    |              |  |                        |  |

## DADES PROFESSIONALS

### ACTIVITAT LABORAL:

- 1 – ATUR –  S'adjunta fotocòpia de justificant (cal actualitzar-lo trimestralment)  
 2 – JUBILACIÓ –  S'adjunta fotocòpia de justificant  
 3 – EN L'ADMINISTRACIÓ –  S'adjunta AB 03.  
 4 – EN L'ENSENYAMENT –  S'adjunta AB 03  
 5 - TREBALLADOR PER COMPTE ALIÈ O D'EMPRESA –  S'adjunta AB 03-bis ó V 01  
 6 – COM A PROFESSIONAL LIBERAL (Epígraf de l'IAE 321 "Enginyer Tècnic Industrial) - –  \*S'adjunta V 01  
 7 - SOCI/A OFICINA TÈCNICA AMB CONTROL EFECTIU DE LA SOCIETAT (Epígraf IAE 843.1 Enginyeria)\*  
 8 - ALTRES CASOS NO ESMENTATS ANTERIORMENT\*:

### DADES BANCÀRIES (complimentar les dades demanades i marcar els casos d'utilització del compte):

|  |   |
|--|---|
| ENTITAT BANCÀRIA:                        |   |
| TITULAR:                                 | Casos d'Utilització (marcar l'opció o opcions corresponents):<br><input type="checkbox"/> Quota Col·legial <input type="checkbox"/> Altres: |
| ENTITAT -- OFICINA -- DC. – Núm. COMPTE: | - - -   |
| ENTITAT BANCÀRIA:                        |   |
| TITULAR:                                 | Casos d'Utilització (marcar l'opció o opcions corresponents):<br><input type="checkbox"/> Quota Col·legial <input type="checkbox"/> Altres: |
| ENTITAT -- OFICINA -- DC. – Núm. COMPTE: | - - -   |

- DESITJO SE'M DONI D'ALTA EN LA INTRANET DEL CETILL  
 DESITJO ESTAR INCLÒS/A EN EL SERVEI DE BORSA DE TREBALL DEL CETILL (En cas afirmatiu complimentar la documentació específica)  
 NO VULL QUE LES MEVES DADES ES CEDEIXIN PER FINS PUBLICITARIS O COMERCIALS  
 DESITJO REBRE CORREU EN PAPER (només certes comunicacions es realitzen a través de correu postal)

Signat

En compliment de l'article 5, les vostres dades personals recollides seran incorporades i tractades en el fitxer "Col·legiats", inscrit a l'Agència Catalana de Protecció de Dades, essent la finalitat del fitxer, la gestió administrativa i contable del Col·legi i la de mantenir-vos informats, via correu postal o electrònic, dels actes, seminaris, publicacions i qualsevol altra activitat d'aquest tipus que organitzi el Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida.

Que les vostres dades podran ser cedides a l'AETILL, el Consell General de Col·legis d'Espanya o el Consell de Col·legis d'Enginyers Tècnics Industrials de Catalunya, a part d'altres cessions previstes per la Llei.

I que, en qualsevol cas, podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la Secretaria del Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida, amb seu al Carrer Aribau, 8, 25008 de Lleida

## DADES COL·LEGIALS I SITUACIÓ LABORAL

Nom i Cognoms:

Núm. Col·legiació:

-L

### DADES LABORALS i/o PROFESSIONALS

1 - PROFESSIONAL vinculat a L'ADMINISTRACIÓ PÚBLICA

Nom de l'Administració:

Tipus d'Administració:  
(estatal, autonòmica, municipal o altres)

Departament /Area:

En cas d'altres especificar:

Nom del Centre de Treball:

Cos:

Tipus de Vinculació:  
(funcionari, interí o laboral)

Càrrec:

Grup:            Nivell:

Breu descripció de l'activitat desenvolupada:

Temps aprox. d'antiguitat:

Observacions:

Incloure dades al "Directorí de Col·legiats" [www.cetill.cat](http://www.cetill.cat)

2 - PROFESSIONAL vinculat a L'ENSENYAMENT

Nom del Centre:

Tipus de Centre:  
(públic, privat, concertat)

Departament /Area:

Tipus d'Ensenyament:  
(ESO, Batxillerat, Cicles Form., Universitari)

Assignatures:

En cas d'altres especificar:

Situació Laboral:  
(funcionari, interí o laboral)

Grup:            Nivell:

Observacions:

Incloure dades al "Directorí de Col·legiats" [www.cetill.cat](http://www.cetill.cat)

Signat

En compliment de l'article 5, les vostres dades personals recollides seran incorporades i tractades en el fitxer "Col·legiats", inscrit a l'Agència Catalana de Protecció de Dades, essent la finalitat del fitxer, *la gestió administrativa i contable del Col·legi i la de mantenir-vos informats, via correu postal o electrònic, dels actes, seminaris, publicacions i qualsevol altra activitat d'aquest tipus que organitzi el Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida.*

Que les vostres dades podran ser cedides a l'AETILL, el Consell General de Col·legis d'Espanya o el Consell de Col·legis d'Enginyers Tècnics Industrials de Catalunya, a part d'altres cessions previstes per la Llei.

I que, en qualsevol cas, podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la *Secretaria del Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida, amb seu al Carrer Aribau, 8, 25008 de Lleida*

## DADES COL·LEGIALS I SITUACIÓ LABORAL

|  |                    |    |
|--|--------------------|----|
| Nom i Cognoms:   | Núm. Col·legiació: | -L |
| ACTIVITAT LABORAL COM A VINCULAT A EMPRESA:                      |                    |    |
| <input type="checkbox"/> - TREBALLADOR PER COMPTE ALIÈ o EMPRESA |                    |    |

## DADES LABORALS i/o PROFESSIONALS

|   |              |   |
|---|--------------|---|
| Nom Fiscal:   | NIF/CIF:     |   |
| Nom Comercial:  | Telèfon:     |   |
| Adreça:   | Fax:         |   |
| Població:   | Codi Postal: |   |
| Província:  | Tel. Mòbil:  |   |
| Correu Electrònic:  | Web:         |   |
| Departament:<br>(producció, manteniment, qualitat, recursos humans, etc)<br>Especificar en cas d'altres:  |              |   |
| Càrrec:<br>(tècnic, cap de departament, altres)<br>Especificar en cas d'altres:   |              |   |
| Epígraf IAE:  | Data d'Alta: | L'Epígraf o Epígrafs de l'IAE, els podem trobar en l'apartat 3, de la pàgina 1 del model 390 de declaració anual d'IVA. |
| Epígraf IAE:  | Data d'Alta: |   |
| Epígraf IAE:  | Data d'Alta: |   |
| Observacions:   |              |   |
| <input type="checkbox"/> Incloure dades al "Directori de Col·legiats" <a href="http://www.ceitil.cat">www.ceitil.cat</a> <input type="checkbox"/> Incloure dades al "Directori d'Empreses" <a href="http://www.ceitil.cat">www.ceitil.cat</a> |              |   |

Signat

En compliment de l'article 5, les vostres dades personals recollides seran incorporades i tractades en el fitxer "Col·legiats", inscrit a l'Agència Catalana de Protecció de Dades, essent la finalitat del fitxer, *la gestió administrativa i contable del Col·legi i la de mantenir-vos informats, via correu postal o electrònic, dels actes, seminaris, publicacions i qualsevol altra activitat d'aquest tipus que organitzi el Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida.* Que les vostres dades podran ser cedides a l'AETILL, el Consell General de Col·legis d'Espanya o el Consell de Col·legis d'Enginyers Tècnics Industrials de Catalunya, a part d'altres cessions previstes per la Llei. I que, en qualsevol cas, podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la *Secretaria del Col·legi d'Enginyers Tècnics Industrials de Lleida, amb seu al Carrer Aribau, 8, 25008 de Lleida*



# Declaraciones complementarias a cumplimentar por la persona a asegurar

Cumplimentar cuidadosamente. Todas las preguntas deben ser contestadas. No utilizar signos ni rayas como respuesta. Cuando se deba responder Sí o No a una pregunta determinada marcar con una **X** en la casilla adecuada.

## Declaración de Actividades y Coberturas preexistentes (de cumplimentación obligatoria)

|    |   |   |                     |       |   |
|----|---|---|---------------------|-------|---|
| 1. | ¿Cuál es su profesión y qué funciones ejerce?   | .....   |                     |       |   |
|    | ¿Cuál es la actividad de la empresa en la que trabaja?  | .....   |                     |       |   |
| 2. | ¿Practica deportes?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Cuáles?            | ..... |   |
| 3. | ¿Se desplaza Ud. fuera de la Unión Europea alguna vez o tiene intención de hacerlo próximamente?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Países?            | ..... | ¿Motivo? .....<br>¿Frecuencia? .....                |
| 4. | ¿Hace Ud. uso de medios de transporte aéreo de otro modo que como pasajero?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿En calidad de qué? | ..... | ¿Clase de aeronaves? .....                          |
| 5. | ¿Tiene actualmente contratados, o solicitados seguros de vida sobre su persona, o cualquier otro seguro que le ofrezca cobertura en caso de Enfermedad Grave o Incapacidad Profesional? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Coberturas?        | ..... | ¿Cuántías de las mismas? .....<br>¿Entidades? ..... |

## Declaración de salud (de cumplimentación obligatoria)

|     |   |  |  |   |
|-----|---|--|--|---|
| 1)  | ¿Cuál es su estatura y su peso?   | Cms ..... kgs .....  |  |   |
| 2)  | ¿Cuál es su presión arterial?   | .....  |  |   |
| 3)  | ¿Ha tenido o tiene cifras altas de tensión arterial o elevación del colesterol, triglicéridos, glucosa o valores hepáticos?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    | Indicar detalles:  | .....   |
| 4)  | ¿Ha habido entre sus ascendientes o hermanos padecimientos antes de los 65 años de algunas de las siguientes enfermedades?: afecciones cardíacas, accidente cerebrovascular, hipertensión sanguínea, afecciones renales, psiquiátricas, enf. de Alzheimer, diabetes, cáncer, epilepsia, suicidio. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    | Indicar detalles:  | .....   |
| 5)  | Otros antecedentes familiares   |  |  | .....   |
| 6)  | <b>¿Padece o ha padecido alguna de las enfermedades o situaciones siguientes?</b>   | <b>Sí No</b>   |  | <b>Sí No</b>                                      |
|     | a) Afecciones del corazón o del sistema circulatorio  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          | b) Ha sido víctima de algún accidente o traumatismo grave                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | c) Accidente cerebrovascular o hipertensión sanguínea   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          | d) Enfermedades venéreas   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | e) Diabetes, cáncer, tumores u otro tipo de afección maligna  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          | f) Infecciones AIV (como el SIDA o relacionadas)                               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | g) Afecciones de riñón, vejiga, hígado o aparato digestivo  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          | h) Afecciones oculares (miopía, hipermetropía, etc.) o afecciones de los oídos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | i) Asma, bronquitis, tos con esputos, o afecciones respiratorias  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          | j) Afecciones de columna, hernias, lumbago o ciática                           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | k) Alguna afección mental o nerviosa  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          | l) Otra afección que exigiera tratamiento por más de 1 mes.                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|     | m) Alguna enfermedad psíquica   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          |  |   |
| 7)  | ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad crónica, necesitada de control médico o tratamiento durante un periodo superior a 15 días consecutivos?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          | Indicar detalles:  | .....   |
| 8)  | En caso de ser mujer: ¿Está Vd. embarazada?   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>          |  |   |
| 9)  | En caso de respuesta afirmativa a alguna de las cuestiones de los apartados anteriores, rogamos amplíe información:   |  |  |   |
|     | a) Nombre de la enfermedad, accidente o situación:  | .....  |  |   |
|     | b) Fecha en que se manifestó (si es reciente, precisar el mes exacto de su inicio):   | .....  |  |   |
|     | c) Duración y evolución de la misma:  | .....  |  |   |
|     | d) Eventualmente, secuelas que ha dejado:   | .....  |  |   |
|     | e) Médicos que le han atendido (nombre y dirección actual):   | .....  |  |   |
| 10) | ¿Ha sido sometido (o va a serlo próximamente) a intervención quirúrgica, tratamiento de rayos o de pruebas diagnósticas por imagen, tratamiento en sanatorios, hospitales, clínicas o balnearios?   | Sí No<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Detalles:  | .....   |
| 11) | ¿Fuma Ud. o consume alcohol u otras drogas?   | Sí No<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Consumo diario de tabaco u otras drogas:                                       | .....   |
|     |   |  | Consumo semanal de alcohol:  | .....   |
| 12) | ¿Le han recomendado que se sometiese o se ha sometido Ud. al Test del SIDA?   | Sí No<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ¿Cuándo?   | .....   |
|     |   |  | ¿Dónde?  | .....   |
|     |   |  | ¿Resultado?  | .....   |
| 13) | ¿Quién es su médico de cabecera? (nombre y dirección exactas)   | .....  |  |   |
|     | ¿Quién es el último médico que ha consultado?   | .....  | ¿Cuándo?   | .....   |
|     |   |  | ¿Por qué?  | .....   |

La persona a asegurar declara que disfruta de buen estado de salud, que no está de baja por incapacidad temporal y no está tramitando o tiene declarada ninguna incapacidad permanente.

Declara haber contestado con exactitud a cada una de las preguntas y conocer que las mismas son la base para la valoración del riesgo y para la formalización del contrato de seguro, de manera que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de estas declaraciones que incidan en la citada valoración será causa de nulidad del referido contrato. Autorizo a los médicos y personas que la Entidad necesite consultar a dar confidencialmente, los informes que ésta precisara.

**Firma de la persona a asegurar**

En.....a ..... de..... de.....