



Modelo de declaración previa en caso de desplazamiento del prestador de servicios (artículo 13)

1. La presente declaración se refiere a:

- La primera prestación de servicios en España (por favor, complete las secciones 2 a 6)
- Una renovación anual de la declaración (por favor, complete los apartados 2 a 5 y 7)

2. Datos personales del declarante:

2.1. Nombre(s) y apellido(s)

2.2. Nacionalidad(es):

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> AT | <input type="checkbox"/> BE | <input type="checkbox"/> CY | <input type="checkbox"/> CZ | <input type="checkbox"/> DE | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> EE | <input type="checkbox"/> EL | <input type="checkbox"/> ES | <input type="checkbox"/> FI |
| <input type="checkbox"/> FR | <input type="checkbox"/> HU | <input type="checkbox"/> IE | <input type="checkbox"/> IT | <input type="checkbox"/> LT | <input type="checkbox"/> LV | <input type="checkbox"/> LU | <input type="checkbox"/> MT | <input type="checkbox"/> NL | <input type="checkbox"/> PL |
| <input type="checkbox"/> PT | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SK | <input type="checkbox"/> SE | <input type="checkbox"/> UK | <input type="checkbox"/> BG | <input type="checkbox"/> RO | <input type="checkbox"/> RS | <input type="checkbox"/> LI | <input type="checkbox"/> NO |

Ciudad:

2.3. Número de Pasaporte o Documento de Identidad:

País:

País:

2.4. Género: Hombre Mujer

2.5. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

2.6. Lugar de nacimiento: Localidad:

- | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> AT | <input type="checkbox"/> BE | <input type="checkbox"/> CY | <input type="checkbox"/> CZ | <input type="checkbox"/> DE | <input type="checkbox"/> DK | <input type="checkbox"/> EE | <input type="checkbox"/> EL | <input type="checkbox"/> ES | <input type="checkbox"/> FI |
| <input type="checkbox"/> FR | <input type="checkbox"/> HU | <input type="checkbox"/> IE | <input type="checkbox"/> IT | <input type="checkbox"/> LT | <input type="checkbox"/> LV | <input type="checkbox"/> LU | <input type="checkbox"/> MT | <input type="checkbox"/> NL | <input type="checkbox"/> PL |
| <input type="checkbox"/> PT | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SK | <input type="checkbox"/> SE | <input type="checkbox"/> UK | <input type="checkbox"/> BG | <input type="checkbox"/> RO | <input type="checkbox"/> RS | <input type="checkbox"/> LI | <input type="checkbox"/> NO |

Ciudad:

2.7. Datos de contacto en el Estado miembro de establecimiento (obligatorio):

Dirección:

Teléfono (con prefijos):

Fax (con prefijos):

Correo electrónico:

2.8. Datos de contacto en España (opcional):

Dirección:

Teléfono (con prefijos):

Fax (con prefijos):

Correo electrónico:



3. Profesión a que se refiere la declaración:

3.1. Profesión ejercida² en el Estado miembro de establecimiento:³

.....
.....
.....

Profesion que se pretende ejercer en España:

.....

4. Establecimiento legal en uno o varios Estados miembros:

A efectos de la presente declaración, "establecimiento legal" se refiere al ejercicio de la profesión con sujeción a las normas relativas a cualificaciones profesionales, incluyendo las correspondientes condiciones de formación, y a todas las normas específicas sobre ejercicio de la profesión. El establecimiento legal excluye cualquier prohibición, incluso temporal, para ejercer la profesión. Para los poseedores de cualificaciones obtenidas en un tercer país, el establecimiento legal que puede permitir la provisión de servicios debe incluir una experiencia profesional de al menos tres años en el territorio del Estado miembro que ha reconocido las cualificaciones de acuerdo con su legislación interna y certificada por él (artículo 3.3 de la Directiva 2005/36/CE).

4.1. ¿Está Ud. establecido legalmente en un Estado miembro para el ejercicio de la profesión indicada en el punto 3.1⁴?

Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué Estado miembro está establecido legalmente⁵?

AT BE CY CZ DE DK EE EL ES FI
 FR HU IE IT LT LV LU MT NL PL
 PT SI SK SE UK BG RO IS LI NO

Si no, explique las circunstancias:

4.2. ¿Está esta profesión regulada en el Estado miembro de establecimiento⁶?

Sí No

Si está regulada, vaya directamente a la pregunta 4.4.

Comentarios (en su caso):

² Por favor, indique el nombre de la profesión en el idioma del Estado miembro de establecimiento y en idioma español o, si no, en Inglés, Francés o Alemán.

³ Si está establecido en más de un Estado miembro, por favor facilite la información sobre cada uno de ellos.

⁴ Si está establecido en más de un Estado miembro, por favor facilite la información sobre cada uno de ellos.

⁵ Si está establecido en más de un Estado miembro, por favor facilite la información sobre cada uno de ellos.

⁶ Si está establecido en más de un Estado miembro, por favor facilite la información sobre cada uno de ellos.



4.3. Si la profesión mencionada en el punto 3.1 no está regulada en el Estado miembro de establecimiento, y no ha seguido una educación o formación regulada dirigida al ejercicio de la profesión mencionada en el punto 3.1⁷, ¿ha adquirido una experiencia profesional, en dicha profesión, de al menos dos años en el curso de los diez años anteriores en el territorio de dicho Estado miembro?

Sí No

Comentarios (en su caso):

4.4. ¿Pertenece Ud. a alguna asociación profesional o corporación equivalente?⁸

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique a cuál, incluyendo los datos de contacto relevantes y su número de registro.

.....
.....
.....

¿Está Ud. sujeto a autorización o supervisión por una autoridad administrativa competente?⁹

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique a cuál, incluyendo los datos de contacto relevantes.

.....
.....
.....

5. Seguro profesional

5.1. ¿Tiene Ud. cobertura mediante un seguro u otros medios de protección personal o colectiva con respecto a la responsabilidad profesional resultado del ejercicio de la profesión mencionada en el punto 3.1¹⁰?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione los detalles de la cobertura:

Nombre de la compañía aseguradora:

Número de póliza:

Comentarios (en su caso):

⁷

Si está establecido en más de un Estado miembro, por favor facilite la información sobre cada uno de ellos.

⁸

Si está establecido en más de un Estado miembro, por favor facilite la información sobre cada uno de ellos.

⁹

Si está establecido en más de un Estado miembro, por favor facilite la información sobre cada uno de ellos.

¹⁰

Si está establecido en más de un Estado miembro, por favor facilite la información sobre cada uno de ellos.