



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE ALMERIA**

C/. Los Picos, 5- Entr. 7 • 04004 ALMERIA • Teléfono 950 26 72 78 • Fax 950 24 49 57

SOLICUD DE BAJA COLEGIAL

Datos personales:

Nombre		Apellidos	
NIF	Nª Colegiado	Título	

Motivo de la solicitud de baja:

- € Por enfermedad o invalidez
- € Por cese en el ejercicio profesional
- € Por traslado al Colegio
- € Por dedicación exclusiva a
- € Otros motivos.....

Destino de la clínica o clínicas declaradas (En el caso de ser propietario):

- € Traspaso clínica/as dental/es declarada/as
- € Cierre clínica/as dental declarada/as
- € Otro.....

Documentos que aporta:

Calle		Nº	Piso	C.P.
Población	Provincia			

Solicita la baja colegial para lo cual ha cumplimentado voluntariamente este impreso, declarando bajo su exclusiva responsabilidad ser ciertos los datos aquí manifestados

Almería, de de
Firma