



# COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE ALMERÍA

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

## DECLARACIÓN MANIFIESTA

D./DÑA. ....

CON DNI: ....., DOMICILIADO EN .....

.....

.....

Y Nº DE COLEGIADO .....

### **DECLARA:**

AL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE ALMERIA BAJO SU RESPONSABILIDAD QUE REÚNE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA VIGENTE PARA EJERCERLA PROFESIÓN DE DENTISTA SIN QUE SE ENCUENTRE INCAPACITADO O INHABILITADO PARA ELLO.

Almería a ..... de ..... de .....

Firma: