



COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE ALMERÍA

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

SOLICITUD DE CERTIFICADO

D./DÑA. _____ COLEGIADO Nº _____

CON D.N.I. _____, CON RESIDENCIA EN _____

CALLE _____ Nº. _____ PISO _____ LETRA _____

EXPONE:

QUE PRECISA CERTIFICACIÓN COLEGIAL PARA SU PRESENTACIÓN EN

EN LA QUE HAGA CONSTAR:

- BAJA POR TRASLADO AL COLEGIO DE _____
 - QUE FIGURA COLEGIADO Y AL CORRIENTE DE SUS OBLIGACIONES
 - QUE ESTÁ INSCRITO EN EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
 - OTRO TIPO DE CERTIFICADO EN EL QUE CONSTE:
-
-

SOLICITA:

LA EMISIÓN DEL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO QUE:

- PASARÁ A RECOGER POR LA SEDE COLEGIAL
- SERÁ ENVIADO A LA DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DECLARADA.

ALMERIA A ____ DE _____ DE _____

Firma:

SRA. SECRETARIA DEL COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE ALMERIA