



# COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE ALMERÍA

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	Nº 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**

Almeria, ..... de ..... de .....  
Firma