



SOLICITUD BAJA COLEGIAL

Nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Domicilio				Localidad	
Código postal	Provincia	Teléfono móvil		Teléfono fijo	
Nº colegiado	NIF	Correo electrónico			
MOTIVO DE LA BAJA (señalar con una X lo que proceda)					
TRASLADO DE MI EXPEDIENTE al Colegio de Enfermería de: Estableciendo mi domicilio en la localidad de: C.P. Provincia: Lugar de trabajo: JUBILACIÓN Edad reglamentaria (Adjuntar documento que acredite situación de jubilación) Invalidez (Adjuntar Resolución) NO EJERCICIO DE LA PROFESIÓN (entregar vida laboral actualizada que acredite no ejercer la profesión en ninguna de sus modalidades) TRASLADO AL EXTRANJERO En el momento de solicitar la baja por traslado al extranjero, deberá acreditar dicha circunstancia mediante la presentación de documentación justificativa. Para reingresar nuevamente al Colegio, deberá presentar vida laboral actualizada)					
Fecha:		Firma del colegiado:			

Vº Bº
El Presidente
Fdo. Rafael Campos Arévalo



El Secretario
Fdo. Manuel Cano Leal