

# SOLICITUD DE BAJA EN EL COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CÁDIZ

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Ilmo Sr:

Ruego procedan a mi baja con **fecha** ..... en el Colegio que preside según detalles a continuación indicados:

## **- Motivos:**

(Jubilación, cese de actividad definitivo ó temporal, traslado del ejercicio a otra provincia [indicando la misma], otros motivos ...)

.....  
.....  
.....

## **- Destino de mi(s) actual(es) Consulta(s) Dental(es):**

(Cierre, traspaso o otro profesional indicando el mismo ...)

.....  
.....

## **- Nueva dirección a efectos de futuras posibles notificaciones:**

Dirección .....

Localidad ..... C.P. .... Teléfono .....

Enviar certificado de baja:  a la dirección para correspondencia que constaba anteriormente en ese Colegio.  
 a la nueva dirección arriba indicada.

## **- Observaciones:**

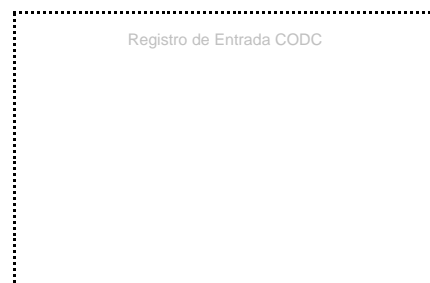
.....  
.....

Quedando a la espera de resolución favorable a mi solicitud, Atentamente.

*Firma*

Nombre y Apellidos .....

Coleg. Nº 1100 .....



## **MUY IMPORTANTE:**

1. Es requisito indispensable **enviar el Carnet de Colegiado** junto a esta Solicitud para poder tramitarla.
2. Si estaba adherido a la **Póliza Colectiva de Responsabilidad Civil Profesional**, le comunicamos que la baja como colegiado/a implica la baja en dicha póliza colectiva (con la misma fecha arriba solicitada) al ser requisito indispensable la colegiación para poder estar incluido/a en la misma. En caso de traslado a otra demarcación, **recuerde contratar nuevamente dicha póliza.**