



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE MADRID

Avda. Menéndez Pelayo, 93 – 28007

91 552 66 04 - oficina@codem.es

SOLICITUD DE BAJA

N.º colegiado D.N.I.

Apellidos Nombre

Correo electrónico

Motivo de la solicitud:

[Deberá acompañarse un justificante que acredite que no se ejerce la profesión, como informe de vida laboral, resolución de jubilación, incapacidad o excedencia, o certificado de defunción según proceda.]

Cese del ejercicio profesional

Jubilación

Incapacidad permanente

Excedencia

Ejercicio en el ámbito militar

Ejercicio en el extranjero. Indique el país de destino

Fallecimiento

Asimismo, solicito la devolución de la parte proporcional de la cuota trimestral mediante transferencia a la siguiente cuenta bancaria:

[Se ruega la cumplimentación para tener la seguridad de que la transferencia no venga retrocedida.]

E	S																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Manifiesto conocer que el ejercicio de la profesión de Enfermería, tanto en el ámbito público como privado, requiere la colegiación obligatoria conforme a lo establecido en la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales y en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos aportados son ciertos y solicito formalmente mi baja como colegiado del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.

Fecha de solicitud

[Firma]