



SOLICITUD DE BAJA COLEGIAL

D./D^a _____
A.T.S. – D.U.E. - GRADO, con DNI nº _____ y Colegiado nº _____
que prestaba sus servicios en _____,
con domicilio en _____ calle _____

número _____ Teléfonos: _____;
e-mail _____

Solicito la Baja Colegial en el día de la fecha, quedando enterado de la prohibición de ejercer la profesión a cuyo efecto entrego el carné colegial para su anulación, obligándome a darme de baja en cuantos sitios aparezca como profesional ejerciente, para lo que aporto documentación oficial acreditativa del cese en el ejercicio profesional, así como a satisfacer las cuotas pendientes de pago, teniendo en cuenta lo siguiente:

“Si la solicitud de baja es anterior al día 15 del mes, no se abonará la cuota de dicho mes. Si la solicitud es a partir del día 15, se abonará la cuota mensual completa, todo esto independientemente de las fechas en que se haya producido la jubilación o cese en el ejercicio profesional”.

Siendo el motivo de la baja por (1) (2), (3), (4) _____.

Córdoba, _____ de _____ de 20__

Autorizo al Colegio de Enfermería de Córdoba al envío de comunicaciones corporativas por medios electrónicos.

Firma:

(1) Jubilación; (2) Cese en la profesión; (3) Trabajo en el extranjero; (4) Cese por desempleo

(*).- Colegiado no ejerciente (Jubilación), teniendo que acreditarlo con documentos oficiales (Art. 6 punto 3 del Real Decreto 1231/2001 de 8 de Noviembre del Estatuto Gral., de la Org. Colegial de Enfermería de España).

(*).- Cese en la actividad de enfermería. (Obligatorio adjuntar declaración jurada e informe de vida laboral o copia de fin de contrato)

(*).- Por trabajo en el extranjero (adjuntar documento acreditativo para el reingreso).

(*) Los impresos de Baja deben entregarse en la sede colegial con firma original, o por email con firma electrónica, junto con copia de los documentos acreditativos de su situación profesional.

**ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA. CORDOBA.**



D _____

A.T.S./D.E./GRADO, Colegiado nº _____ y con

domicilio en _____ c/ _____

_____ núm _____

JURA/DECLARA no ejercer la profesión a partir del día de la fecha, excepto en la atención de parientes consanguíneos, por lo que solicita la baja en la Colegiación a cuyo efecto entrega el carnet colegial para su anulación, obligándose a darse de baja en cuantos sitios aparezca como profesional ejerciente, conociendo los extremos que a continuación se expresan:

La obligación que existe de estar colegiado para el ejercicio de la profesión de Enfermería, de acuerdo con la normativa básica estatal, Ley de Colegios Profesionales 2/1974, modificada por la 74/1978 y 7/1997 y Estatutos De la Organización Colegial de Enfermería Real Decreto 1231/2001 y según las Sentencias del Tribunal Constitucional nº 330/94, 131/1989, 1893/2002, 3/2013 y 63/2013

La obligación que existe de decir verdad en el presente documento, pudiendo incurrir, al tratarse de un documento oficial en posible delito de falsedad documental, regulado en los artículos 390 y siguientes del Código Penal.

Córdoba, de de

Firma:

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA. CORDOBA.-