

SOLICITUD DE TRASLADO A OTRO COLEGIO PROFESIONAL

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

DNI:

Nº de Colegiado: 29/ _____

Domicilio:

Teléfono:

e-mail:

SOLICITA

El traslado al Colegio de Logopedas de :

La baja en los seguros de Responsabilidad Civil y de Accidentes se realizará en los 15 días siguientes a la tramitación de esta solicitud.

El envío del certificado de cumplimiento de obligaciones colegiales se remitirá por e-mail y a la dirección de su domicilio particular.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

1. Fotocopia DNI.
2. Carnet de colegiado

Fecha de recepción en secretaría

Firma del solicitante

Nota: Una vez cumplimentada, enviar esta solicitud por correo postal o e-mail, acompañada de la documentación requerida.