

**SOLICITUD DE BAJA COLEGIAL**

Entrada nº

Fecha

**Datos personales:**

Nombre:	<input type="text"/>	Apellidos:	<input type="text"/>		
NIF:	<input type="text"/>	Nº Colegiado:	<input type="text"/>	Título:	<input type="text"/>

**Motivo de la solicitud de baja:**

Fecha solicitud de baja:

- 
- Por enfermedad o invalidez.
- 
- 
- Por cese en el ejercicio profesional.
- 
- 
- Por traslado a otro Colegio.
- 
- 
- Por dedicación exclusiva a
- 
- 
- Por otros motivos.

**Destino de la clínica o clínicas declaradas (en el caso de ser propietario):**

- 
- Traspaso clínica/as dental/es declarada/as
- 
- 
- Cierre clínica/as dental declarada/as
- 
- 
- Otro

**Documentación que aporta:**

- 
- Carné de colegiado (Obligatorio en todos los casos).
- 
- 
- Baja Censal en la Agencia Tributaria (Obligatoria en casos de cese de actividad profesional por cuenta propia).
- 
- 
- Baja o cese en contrato de trabajo (Obligatorio en trabajo por cuenta ajena).
- 
- 
- Baja en Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (Obligatorio en trabajo por cuenta propia).
- 
- 
- Otros.

**Dirección para envío de resolución:**

Calle	<input type="text"/>	Nº	<input type="text"/>	Piso	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Población	<input type="text"/>			Provincia	<input type="text"/>		

Solicita la baja colegial para lo cual ha cumplimentado voluntariamente este impreso declarado bajo su exclusividad ser ciertos los datos aquí manifestados.

Fecha:

Firma: