



DATOS DEL COLEGIADO/A:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO/A:

Nº DE COLEGIADO/A :

MOTIVOS DE LA BAJA:

- Por jubilación
- Por enfermedad o invalidez
- Por traslado a otro Colegio (especificar).....
- Por traslado temporal al extranjero (indicar país).....
- Por dedicación exclusiva a la docencia
- Por cursar Máster con dedicación exclusiva
- Otros (especificar).....

DOCUMENTACION OBLIGATORIA A PRESENTAR:

- Carnet de Colegiado

En su caso:

- Matrícula de inscripción en el Máster y certificado de dedicación exclusiva expedido por su Director
- Número de Registro Sanitario en Consellería de Sanidad

ADVERTENCIAS:

- 1.- De conformidad con lo dispuesto en el art. 4 de los Estatutos Colegiales, en relación con el art. 6.2.c) de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la Baja en el Colegio impide el ejercicio de la actividad de Dentista.
- 2.- El Colegiado asume la obligación de notificar el cese de la actividad a los distintos organismos públicos competentes, autorizando expresamente al Colegio la comprobación y, en su caso, comunicación subsidiaria de tal cese, a los efectos oportunos.
- 3.- La baja supone perder la condición de beneficiario o asegurado en los convenios o seguros que el Colegio haya suscrito a favor de sus colegiados.
- 4.- El presente impreso ha sido cumplimentado voluntariamente por el Colegiado, quien declara, bajo su exclusiva responsabilidad, ser cierto lo aquí manifestado.

Valencia, a de de

Firma del colegiado