



COMPLETAR A MÁQUINA  
O CON MAYÚSCULAS

## SOLICITUD DE BAJA

El/la que suscribe,

D./D.ª

DNI/NIE/Pasaporte:  / Número de colegiado/a:

### EXPONE

Que estando colegiado/a en el Colegio que usted preside, ha dejado de ejercer la profesión de Enfermería en la provincia de Las Palmas en cualquiera de sus modalidades y formas. Es por ello por lo que

### SOLICITA

Le sea concedida la baja colegial.

Las Palmas de Gran Canaria, a  de  de

FIRMA