



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS  
Y ESTOMATÓLOGOS DE ASTURIAS

Registro de entrada

V062018

## **SOLICITUD DE BAJA COLEGIAL**

### **Datos personales:**

Nombre		Apellidos	
NIF	Nº Colegiado	Fecha efectiva de la baja	

### **Motivo de la solicitud de baja:**

<input type="checkbox"/>	Por enfermedad o invalidez.
<input type="checkbox"/>	Por cese en el ejercicio profesional.
<input type="checkbox"/>	Por traslado al Colegio
<input type="checkbox"/>	

### **Destino de la/s clínica/s declaradas:**

<input type="checkbox"/>	Traspaso
<input type="checkbox"/>	Cierre
<input type="checkbox"/>	

### **Documentos que aporta:**

<input type="checkbox"/>	Carné de colegiado (Obligatorio)
<input type="checkbox"/>	Baja censal en la Agencia Tributaria (Obligatorio en casos de cese de actividad profesional por cuenta propia)
<input type="checkbox"/>	Baja o cese en contrato de trabajo (Obligatorio en trabajo por cuenta ajena)
<input type="checkbox"/>	Baja en Régimen Esp. Trabajadores Autónomos (Obligatorio en trabajo por cuenta propia)
<input type="checkbox"/>	Certificado Vida Laboral de la S.S.
<input type="checkbox"/>	

### **Dirección para envío de resolución:**

Calle		Nº	Piso	C.P.
Población		Provincia		

Solicita la baja colegial para lo cual ha cumplimentado voluntariamente este impreso, declarando, bajo su exclusiva responsabilidad, ser ciertos los datos aquí manifestados y estar enterado de que la baja colegial conlleva, igualmente, la baja en la póliza de RC profesional colectiva cuyo tomador es el Colegio en el caso de estar adherido/a la misma.

Oviedo, ..... de ..... de .....

Firma