



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE CÓRDOBA**

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

D./Dña. _____ Colegiado (a)

14 / ____ / _____, con D.N.I. _____ con domicilio profesional en la ciudad de _____
_____ calle _____ nº _____ piso _____ letra _____

EXPONE

Que precisa **CERTIFICACIÓN COLEGIAL** para su presentación en _____

en la que desea se haga constar

- BAJA COLEGIAL POR CESE ACTIVIDAD PROFESIONAL** _____
- BAJA POR TRASLADO AL COLEGIO DE** _____
- QUE FIGURA COLEGIADO(A) Y AL CORRIENTE DE SUS OBLIGACIONES.**
- QUE FIGURA ADSCRITO A LA PÓLIZA COLECTIVA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL CUYO TOMADOR ES EL CODECOR**
- OTRA CLASE DE CERTIFICADO en el que se haga constar:**

SOLICITA

La emisión del correspondiente **CERTIFICADO**, el cual:

- Pasará a recoger por la sede social del **ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CÓRDOBA**;
- desea le sea enviado a la dirección declarada para el envío de correspondencia.

En **CÓRDOBA**, a _____ de _____ de _____.

Firmado

**AL SR. SECRETARIO DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE CÓRDOBA**