



Col·legi Oficial de Fisioterapeutes
de les illes Balears

RELLENAR POR EL PERSONAL LABORAL

Nº COL.:

FECHA: / /

BAJA COLEGIAL

Apellidos: _____

Nombre: _____

Indicar tipo de documento: - DNI - NIE - PASAPORTE // Nº _____

Número colegiado/a: _____

SOLICITA

la baja de colegiación, jurando o prometiendo que no concurren en su caso los requisitos legalmente precavidos que obligan a mencionada colegiación.

Motivos de baja _____

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma:

NOTA: Es necesario presentar dicha solicitud original con una copia del D.N.I. actual por ambas caras.

La información contenida en este archivo, tiene carácter confidencial, estando exclusivamente dirigida a su destinatario o destinatarios y es propiedad del Colegio Oficial de Fisioterapeutes de las Islas Baleares. Queda prohibida su divulgación, copia o distribución a terceros sin la previa autorización escrita del Colegio Oficial de Fisioterapeutes de las Islas Baleares, en virtud de la legislación vigente. En cumplimiento del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, que modifica la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD 15/1999, de 13 de diciembre), le informamos que sus datos forman parte de un fichero responsabilidad del Colegio Oficial de Fisioterapeutes de las Islas Baleares y serán utilizados para el envío de información relacionada con la actividad de la institución. Cuenta con los derechos de acceso, rectificación y cancelación pudiéndolos ejercitar enviando un correo electrónico a la dirección: info@colfisiobalear.org