



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

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

Motivo de baja: \_\_\_\_\_

Se iniciará la baja en fecha del: DIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ .

(Desde el día que nos indiqués ya no constarás como colegiado/a.)

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

En \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ .

Firma: