

FORMULARIO DE BAJA COLEGIAL

Los campos marcados con asterisco* son **OBLIGATORIOS**.

Nº de colegiado/a*:

IC-

DATOS DEL COLEGIADO/A	
Nombre del colegiado/a*:	Apellidos del colegiado/a*:
Nº de documento (DNI/NIE)*:	
Dirección*:	
Población*:	Provincia*:
Código postal*:	

SOLICITA la baja de colegiación según contempla el artículo 6 de los estatutos.

Yo, D./D^a _____, colegiado/a nº _____, solicito la baja voluntaria del Colegio de Dietistas-Nutricionistas de las Islas Canarias. Soy conocedor/a de que dejaré de disfrutar de los beneficios destinados a los miembros del colegio para darme de baja a todos los efectos legales.

He sido informado/a de que para realizar la baja del CODINUISCAN, debo tener abonada la cuota semestral en vigor y de que el colegio no realizará devoluciones de los meses no cumplidos hasta la siguiente cuota semestral.

Firma del solicitante

Firma del CODINUISCAN

En _____, a ____ de _____ de 20__.