



Avda. Virgen de Lidón, 57 - Bajo
Telf. 964 22 81 12
Fax. 964 23 52 51
12004 CASTELLÓN

COLEGIO OFICIAL
DE ENFERMERIA DE CASTELLON

SOLICITUD DE TRASLADO DESDE EL COLEGIO DE ENFERMERÍA
DE CASTELLÓN AL COLEGIO DE ENFERMERÍA
DE _____ -

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____

Cp: _____ Población: _____

Telefono: _____

e-mail: _____

CASTELLÓN ,

Con D.N.I. número, y encontrándome al corriente en el pago de las cuotas colegiales hasta la fecha, SOLICITO:

**Tenga a bien trasladar mi expediente colegial a la provincia de
..... causando baja en
el Colegio de Enfermería de Castellón a partir de la fecha.**

Solicito que al recibo de la presente, se sirva dar cuenta a la Junta de Gobierno de ese Colegio.

FIRMA

Rev. 00 (PT-07-F-06)

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que los datos personales, que puedan constar en este documento, están incorporados en un fichero cuyo responsable es COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CASTELLÓN, con la finalidad de gestionar la relación colegial e informarle sobre nuestros servicios y actividades. Si desea ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, deberá dirigirse por escrito a: