



Colégio Profesional de Logopedas  
de Cantabria

## SOLICITUD DE BAJA DE COLEGIACIÓN

Sello de Registro de Entrada

Nº DE COLEGIADO  39/ _____
-------------------------------------

Sello de Registro de Entrada
------------------------------

NOMBRE	APELLIDOS	
DNI	LOCALIDAD	PROVINCIA

EXPONE: que desea darse de baja voluntariamente en este Colegio Profesional con efectos desde la fecha de la firma, por los siguientes motivos\*:

(\*) Es deseo de este Colegio mejorar en la prestación de servicios a sus colegiados. Por ese motivo le agradeceríamos nos indicase los motivos para darse de baja. Gracias.

**La firma de la solicitud de baja implica el conocimiento y la aceptación de las siguientes condiciones:**

- 1.- Cancelación de las pólizas de seguros de Responsabilidad Civil y de Accidentes (modalidad de ejerciente).
- 2.- Imposibilidad legal del ejercicio profesional en el ámbito privado, sociedades profesionales, centros de logopedia, mutuas, fundaciones, asociaciones, hospitales u otros organismos o instituciones no gubernamentales.
- 3.- Si fuese su caso, pérdida de la Habilitación obtenida en su día de acuerdo a la D.T. 2ª de la Ley de creación de este Colegio Profesional.
- 4.- Si la cuota colegial trimestral hubiese sido ya pasada al cobro en el momento de la solicitud de baja, no se reintegrará el tiempo correspondiente al resto del trimestre. En el caso de no haber sido emitida todavía, se le pasará al cobro la parte transcurrida hasta el momento de solicitar la baja.

Lugar y fecha: En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

**Nota:** Una vez rellenada, enviar esta solicitud por correo postal, preferentemente certificado, acompañada de su carnet de colegiado.

(\*) Sus datos personales serán eliminados de nuestra base de datos informatizada, con arreglo a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal L.O. 15/1999, de 13 de diciembre.