



COLEGIACIONES

C/ Santa Isabel, 51 – 28012 Madrid – Tel.: 915 385 100 – colegiaciones@icomem.es

DECLARACION RESPONSABLE SOLICITUD DE COLEGIACIÓN HONORIFICA

Don/ Doña.....

mayor de edad, con domicilio en

.....,municipio.....provincia/país.....

..... Nacionalidad.....con

número de colegiado 28....., y provisto/a de documento nacional de

identidad (pasaporte o NIE) **declaro bajo mi**

responsabilidad a efectos de ser nombrado **Colegiado/a Honorífico/a** en el Ilustre

Colegio Oficial de Médicos de Madrid, en los términos contemplados en el artículo

69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, que en la actualidad no figuro dado de ALTA

en el IAE (Impuesto de Actividades Económicas), NI EJERZO la Medicina en

cualquiera de sus modalidades, tanto pública como privada, ni presto servicios

médicos en sus distintas formas, ni superviso o controlo actos médicos.

Asimismo, he sido informado/a que si retomo la actividad como profesional médico,

es mi obligación comunicarlo al Colegio Oficial de Médicos de Madrid para revocar la

Colegiación Honorífica y reincorporarme como médico en activo y colegiado en

ejercicio.

Fdo.: D/D.^a.....

Madrid a.....de..... de.....