



## COLEGIACIONES

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

### SOLICITUD DE BAJA

D/D<sup>a</sup> ..... colegiado/a nº .....

y provisto de DNI ..... SOLICITA SU BAJA como colegiado/a en esa Corporación por:

(marcar la casilla que proceda):

- CESE DE EJERCICIO PROFESIONAL (*si no va a ejercer la medicina ni en España ni en el extranjero*)
- TRASLADO AL EXTRANJERO (*si va a ejercer la medicina en el extranjero*)
- TRASLADO AL COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE ..... (*si va a ejercer la medicina en otra provincia de España, indicar la provincia*)
- Para otras causas (fallecimiento, jubilación, etc.) contactar antes con el Área de Colegiaciones

Adjuntando a tal efecto los siguientes documentos:

- .- Recibo del Colegio del trimestre en curso de la fecha de la solicitud de la baja
- .- Devolución del talonario de Estupefacientes (si el ICOMEM se lo hubiese entregado)

*El abajo firmante reconoce estar informado del contenido del art. 38 punto 1 y 3 de los Estatutos del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid que prescribe:*

**“Artículo 38º. Obligatoriedad de la colegiación.**

1. Será requisito indispensable para el ejercicio de la profesión médica, en el territorio de la Comunidad de Madrid, en cualquiera de sus modalidades, tanto pública como privada, individualmente o en forma societaria, la incorporación al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- 3 De la misma forma, será obligatoria la previa inscripción en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid para quién, desempeñando un cargo o puesto de trabajo en el que se le exija para su ejercicio el título de Licenciado o Grado en Medicina, aquél comprenda la supervisión o el control de actos médicos.

Y para que así conste, firmo la presente en Madrid, a .....

Firma,

---

PROTECCION DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

---