

Don/Doña _____ mayor
de edad, de nacionalidad _____ con DNI (o
equivalente) _____
y domicilio en la calle/plaza _____
nº _____ del municipio de _____
provincia de _____ y C.P. _____

EXPONE:

Que se halla en posesión del Título de Licenciado / Graduado en Farmacia y declara que no está incurso/a en causa de incapacitación, ni inhabilitado/a o suspendido/a para el ejercicio de la profesión, ni ha sido expulsado/a de otro Colegio de Farmacéuticos sin posterior rehabilitación, por lo que

SOLICITA:

Su admisión y consiguiente inscripción en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huelva como

(Indicar modalidad de ejercicio o "no ejerciente")

A cuyo efecto acompaña la documentación necesaria para ello.

En Huelva, a _____

Firma:

Sr. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huelva



FICHA COLEGIAL

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos _____ Nombre _____

Con DNI nº _____

Título Facultad de Farmacia de _____, Fecha Expd. Título _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar _____

¿Procede de otro Colegio de Farmacéuticos? _____ Provincia _____

En caso de doble colegiación: Colegio de _____ Nº _____

DATOS PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA

Domicilio _____

Población _____ Provincia _____ C.P. _____

Telf. _____ Móvil _____

Email _____

DIRECCION DEL TRABAJO

Entidad _____

Domicilio _____

Población _____ Provincia _____ C.P. _____

Teléfono _____

Firma solicitante

