

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

D./D^a. _____,
mayor de edad, de nacionalidad _____,
con DNI _____, y domicilio a efectos de notificaciones en C/Plaza

de (población y provincia) _____, C.P. _____
teléfono _____ correo-electrónico _____.

EXPONE:

Que posee el título de Licenciado/a o Grado 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.

Y que así mismo autoriza al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Huelva a que verifique los títulos del declarante en el Registro Nacional de Títulos Oficiales para la tramitación de su expediente de colegiación en esa Corporación.

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.



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

