SOLICITUD DE BAJA COLEGIAL
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE HIGIENISTAS DENTALES
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

D./Dª._____

colegiado nº _____ con D.N.I. nº_____

EXPONE que desea pasar a la situación de **BAJA** en este Ilustre colegio por no estar en la actualidad llevando a cabo los cometidos propios de la profesión de higienista dental.

Que a fin de acreditar el no ejercicio de la profesión, acompaño alguno de los siguientes documentos:

□ 1.- Declaración jurada y firmada bajo tu responsabilidad de no estar ejerciendo los cometidos propios de higienista dental. O estar ejerciendo la profesión en otro país.

□ 2.- Certificado de Cese de empresa.

□ 3.- Documento de vida laboral.

□ 4.- Certificado de Jubilación.

□ 5.-Certificado de empadronamiento por cambio de CC.AA.

SOLICITA que habiendo sido admitido el presente escrito con alguno los documentos adjuntos, se me declare en la situación de Baja en el Colegio, hasta tanto reanude el ejercicio de la profesión, lo cual, me comprometo a comunicar, en su caso, al Colegio.

D./Dª. _____ colegiado nº _____ **DECLARA BAJO JURAMENTO/SU RESPONSABILIDAD** de que en la actualidad ha dejado de ejercer la profesión de higienista dental por causa de ……. .

Y para que conste y a los efectos de pasar a la situación de Baja en el Colegio Oficial de Higienistas Dentales de la Comunidad Valenciana, formulo la presente declaración.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Fdo.-

*De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantías de derechos digitales, el COLEGIO OFICIAL HIGIENISTAS DENTALES COMUNIDAD VALENCIANA le informa que sus datos personales pasarán a formar parte de un tratamiento de datos denominado **"Colegiados"**, con la finalidad de: gestionar su relación con esta Entidad. No se producen cesiones salvo obligación legal. Usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición dirigiéndose por escrito a la siguiente dirección: C/Gorgos, 15 46021 VALENCIA con copia de su DNI.*