

## SOLICITUD DE CAMBIO DE MODALIDAD PROFESIONAL

D./D<sup>a</sup>.....  
**número de colegiado/a** ..... **con D.N.I./Pasaporte/NIE:**.....  
**y domicilio en (calle/avda./plaza)**.....**nº**.....  **piso/puerta** .....  
**del municipio de** ..... **C.P.**.....  
**provincia de**.....**Teléfonos de contacto**.....,

**EXPONE:**

Que actualmente consta colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid como  
 .....  
 .....  
 (indicar modalidad de ejercicio o "no ejerciente")

**en** .....  
 .....  
 (indicar empresa y dirección)

y conforme a lo previsto en los Estatutos colegiales,

**SOLICITA:**

El cambio de su modalidad de colegiación para constar como (márquese lo que proceda):

**EJERCIENTE** (Especificar la modalidad de ejercicio, indicando dónde se realizará y la dirección)  
 .....  
 .....  
 .....

**Madrid, .....de .....20.....**

Firmado (firma completa):

**SIN EJERCICIO**

A los efectos de la petición de cambio de colegiación para constar como colegiado/a sin ejercicio, quien suscribe DECLARA bajo su responsabilidad ante el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid que, una vez concedida la colegiación en los términos solicitados y mientras permanezca en dicha situación colegial, no realizará ni por cuenta propia ni ajena, actividad o actividades profesionales para las que le capacita la titulación de la Licenciatura/ Grado en Farmacia.

**Madrid, .....de .....20.....**

Firmado (firma completa):