

SOLICITUD DE CAMBIO DE MODALIDAD PROFESIONAL

D./D^a.....
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,de20.....

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,de20.....

Firmado (*firma completa*):