**S O L·L I C I T U D D ‘ A L T A P E R T R A S L L A T**

 NOM I COGNOMS

DNI/NIE

TELÈFON

LLOC NAIXEMENT

DATA DE NAIXEMENT

ADREÇA

C.P.

POBLACIÓ

ADREÇA CORREU ELECTRÒNIC

**S O L·L I C I T A :**

Ser donat/da d’ **Alta per Trasllat** al Col·legi Oficial d’Infermeres/rs de Girona en **data**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trasllat de la **província** de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aquest document no implica l’aprovació de la baixa col·legial, només la sol·licitud de la mateixa. L’acord d’acceptació o denegació del tràmit es comunicarà a través de l’ e-mail facilitat.

Signatura digital del sol·licitant: