

Solicitud de baja

Nombre..... Apellidos.....,

NIF: Número de colegiado/a:

Domicilio.....

Localidad: CP:..... Teléfono particular:

Teléfono móvil:..... Dirección electrónica:

SOLICITA: La baja de colegiación a causa de un cese de la actividad profesional, según prevé el artículo 13 de los Estatutos del *Col·legi de Logopedes de Catalunya*.

Documentación acreditativa :

1. Carta declaración firmada original
2. Fotocopia DNI
3. Carné colegial
 He extraviado el carné colegial

Tramitación: Rellene y remítase este documento firmado con la documentación adjunta, a la Secretaría del Colegio, personalmente o por correo certificado.

Firma del solicitante

..... de..... de

(población)

(fecha)

(mes)

(año)

Declaración

El/la Sr./Sra , con DNI/NIF ,
número de colegiado/da..... y domicilio en.....

Declara:

Que se encuentra en situación de:

- Cambio de actividad o profesión
- Cese de la actividad profesional
- Incapacidad profesional
- Jubilación
- Traslado a otra comunidad autónoma
- Traslado al extranjero

Según los requisitos establecidos que eximen la colegiación y que se encuentran recogidos en los Estatutos del *Col·legi de Logopedes de Catalunya*, en los artículos 11 y 13, y el artículo de la Ley 07/2006, de 31 de mayo, del ejercicio de las profesiones tituladas y colegios profesionales.

Que en el caso de desarrollar la actividad profesional de logopeda sin estar colegiado/da el *Col·legi de Logopedes de Catalunya*, procederá al abono de la alta y, en su caso, la reclamación de la cuota de alta y de las que correspondan al período de ejercicio de la profesión.

De acuerdo con lo que establece el Reglamento (UE) 2016/679 manifiesto estar informado que los datos facilitados serán utilizados por el *Col·legi de Logopedes de Catalunya* para gestionar mi baja colegial, haciendo efectiva su cancelación, o procedimiento al bloqueo de mis datos en caso que se puedan derivar responsabilidades de la gestión realizada por el *Col·legi* o exista obligación legal de conservación. También manifiesto estar informado de que puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición, portabilidad ante el *Col·legi* o el Delegado de Protección de Datos, MICROLAB HARD S.L. en el correo lopdp@microlabhard.es, o de presentar una reclamación ante la Autoridad Competente en materia de Protección de Datos.

Y para que conste, firmo esta declaración.

Firma del declarante

..... de..... de

(población) (fecha) (mes) (año)