



ORGANIZACIÓN COLEGIAL
COLEGIO OFICIAL DE ENFERMEROS
BADAJOZ

**AL PLENO DE GOBIERNO DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE LOS ENFERMEROS, DE BADAJOZ:**

_____, con D.N.I. o Pasaporte Nº. _____, Nacionalidad _____; Natural de _____, Comunidad Autónoma de _____ Vecino de _____, C.P. ____; con domicilio en C. _____, nº. _____; Teléf. _____, e-mail (**MAYÚSCULAS**) _____, en posesión del título Universitario en Enfermería (o, en su defecto, Certificación supletoria provisional correspondiente), ante V.I., como mejor proceda comparezco y **EXPONGO:**

PRIMERO.- Que, en aplicación de lo establecido en los Estatutos del Colegio Oficial de los Enfermeros de Badajoz; Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre y Ley de Colegios Profesionales, 2/1974, 13 de febrero, considero que cumplo los requisitos exigibles establecidos a efectos del Alta Colegial para ejercer la Profesión.

SEGUNDO.- Que, de acuerdo con lo previsto en las normas invocadas, a los efectos del domicilio Profesional señalo el de _____, ámbito territorial de Badajoz.

TERCERO.- Que, de acuerdo con la Ley de Procedimiento Administrativo, señalo como correo electrónico para las comunicaciones para con el Colegio y viceversa el siguiente: _____.

CUARTO.- Que, en base a lo anterior, solicito¹ el ALTA COLEGIAL como ENFERMERO, para lo que adjunto los documentos señalados en el ANEXO, I.

QUINTO.- Que, de acuerdo con la relación jurídica de carácter especial que asumo, me comprometo en cuantos Deberes y Derechos me correspondan como colegiad_, así como a abonar los recibos de Cuotas colegiales obligatorias establecidas por la Organización Colegial, directamente en el domicilio social del Colegio o a través de la Entidad Bancaria _____; IBAN (ES_), _____, siendo titular _____. Aceptados los términos establecidos en esta Instancia, si alguno de los recibos girados no fueran abonados, a efectos de comunicación señalo el domicilio personal y el del Correo electrónico, comprometiéndome a recabar información al respecto, directamente o a través de la página Web personalizada, de la que dispongo, como servicio de información colegial permanente.

SEXTO.- Que, no obstante todo lo anterior, en los supuestos de no atender las responsabilidades establecidas en las Normas invocadas, reconozco que perderé la condición de Enfermero en este ámbito territorial a partir de TRES recibos de cuota colegial giradas bimestralmente y no abonadas, una vez informad_ al respecto, sin más trámite.

Por lo expuesto,

SOLICITO AL PLENO DE GOBIERNO DEL COLEGIO OFICIAL DE LOS ENFERMEROS DE BADAJOZ, que, previo los trámites establecidos legalmente, acuerde mi admisión y nombramiento como COLEGIAD_, que me habilite profesionalmente para ejercerla Profesión de Enfermero.

Es justicia que insto del Órgano colegial, en Badajoz a ____ de _____ de _____.

Firmado,

¹Los datos personales aquí consignados los cedo únicamente a efectos de mi relación de sujeción especial con el Colegio, para cuantos asuntos se relacionen directa o indirectamente con la Profesión Enfermera, de acuerdo con lo establecido en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

ANEXO I:

Documentación que presento junto a la Solicitud:

- Título Universitario Oficial de Enfermería, para su Registro legal. O, en su defecto,
- Certificación supletoria provisional del título Universitario Oficial de Enfermería.
- Título Oficial de Enfermera/o Especialista en Enfermería en _____.
- D.N.I. o Pasaporte, para su fotocopia.
- Declaración personal de no hallarse inhabilitado Profesionalmente o en curso de un proceso penal.
- Una fotografía tamaño carnet convencional; y
- Acreditación de haber abonado la Cuota de Ingreso: **AÑO 2024 = 40 Euros**

ENTIDADES BANCARIAS COLABORADORAS O CON TARJETA BANCARIA-TPV-:

*BANCO POPULAR: IBAN ES25-0075-0139-12-0601133825;

*IBERCAJA: IBAN ES68-2085-4500-77-0332559304;

*BANCO SANTANDER: IBAN ES91-0049-6744-44-2395021519;

*CAJA RURAL DE EXTREMADURA: IBAN ES91-3009-0001-27-2261835223;

*BBVA: IBAN ES71-0182-1508-51-0201601466

TITULAR: COLEGIO OFICIAL DE ENFERMEROS.

Nota: Verificado el cumplimiento² de los requisitos exigidos.

El funcionario del Colegio: _____.

²Nota: Comentario, si procede, a la cumplimentación de los requisitos exigidos: _____.



ORGANIZACIÓN COLEGIAL
COLEGIO OFICIAL DE ENFERMEROS
BADAJOS

**AL PLENO DE GOBIERNO DEL
COLEGIO OFICIAL PROVINCIAL DE ENFERMEROS DE BADAJOZ³**

Don/Doña _____,
mayor de edad, con Documento oficial de Identidad número _____,
DICE:

1º.- Que estando en posesión de la titulación de Graduado en Enfermería, he solicitado el Alta colegial, como Enfermer_ Ejerciente, en el Colegio Oficial Provincial de Enfermeros, de Badajoz.

Que, a los efectos de suplir el requisito del "documento acreditativo" de no hallarse inhabilitad_ profesionalmente, ni en trámite judicial a esos efectos,

DECLARO, no encontrarme inhabilitad_ para el ejercicio de la Profesión Enfermer_ por resolución judicial, ni incur_ en procedimientos a esos efectos.

Lo que PROMETO, por mi conciencia y honor, que son ciertas las manifestaciones aquí declaradas.

En Badajoz, para el Ilustre Colegio Oficial Provincial de Enfermeros de Badajoz,
a _____ de _____ de dos mil _____.

Firmado

³Modelo Oficial de "Declaración personal" sobre no inhabilitación.