



COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE CÓRDOBA

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Provincia:

Email:

Teléfono:

Domicilio:

Fecha de nacimiento:

Población:

País natal :

Código Postal:

Provincia natal:

País:

Población natal:

Tipo de Alta:

Titulación:

Solicita el alta de colegiación en el Excmo. Colegio de Enfermería de Córdoba y acredita que los documentos anexados para su alta, son veraces, legítimos y personales.

Este documento no implica la aprobación de alta colegial, solo la solicitud de alta de la misma.

Autorizo el envío de comunicaciones corporativas por aplicaciones de mensajería instantánea (WhatsApp, Telegram, ...)

Firma por la/el solicitante