



SOLICITUD DE CAMBIO DE MODALIDAD PROFESIONAL

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Nombre: _____

D.N.I. ó N.I.F.: _____ Fecha nacimiento: ____/____/____

Nº Colegiado _____

Tlfno.: _____ Movil: _____

Correo electrónico: _____

EXPONE:

Que, actualmente consta colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Rioja como:

.....
(Modalidad de ejercicio o "no ejerciente")

en.....
(Empresa)

SOLICITA:

el cambio de su modalidad de colegiación, para constar como:

CON EJERCICIO

(Modalidad)

(Empresa).....

SIN EJERCICIO

_____, a ____ de _____ de 2.0__

FIRMA DEL INTERESADO