



D./Dña: _____ DNI: _____
Número Colegiado: _____ Fecha de colegiación (carné): _____
Dirección Profesional: _____
C.P: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono consulta: _____ Tfno móvil: _____
Correo electrónico: _____

EXPONE:

Por lo expuesto, SOLICITA:

Documentación que se aporta (en el supuesto de ser necesario):

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma

A/A: Sr. Presidente del Ilre. Colegio Oficial de Podólogos de Castilla y León

**Dirección Colegial: C/ Postas, 14-1º-A 09400 Aranda de Duero (Burgos)
E-mail : colegio@copcyl.org**