



D./Dña. _____ N.I.F. _____
Nº Colegiado _____ Fecha de colegiación: _____
Dirección _____
C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____
Teléfono _____ Móvil _____
Correo electrónico _____

EXPONE:

Por lo expuesto, SOLICITA:

Documentación que se aporta:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

En _____ a _____ de _____ de _____

A/A: Sr. Presidente del Il. Coleg. Oficial de Podólogos de Castilla y León
C/Postas 14, 1ªA - 09400 Aranda de Duero - Burgos