

Solicitud de Inscripción

Motivo de alta: Nuevo Ingreso / Traslado* / Reingreso (marcar el que proceda)

*En caso de traslado, indicar procedencia: _____

Mes de alta: _____ (mes en el que quieren que se haga efectiva el alta colegial. Se contará el mes completo, ya que no se realizan medios meses).

Nombre y apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

NIF: _____

Población: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____ Telf. Móvil: _____

Email: _____

Solicita su alta en _____, como: Diplomado/a en Enfermería - Graduado/a en Enfermería.
(marcar el que proceda)

Lugar de Trabajo:

Título que posee	Escuela donde lo obtuvo	Fecha
Diplomado/a-Graduado/a en Enfermería		
Especialista en_____		

Número de la cuenta corriente:

Entidad	Oficina	D.C.	Número de Cuenta

Banco o Caja:_____ IBAN: ES_____

Palma, ____ de _____ de _____

Firma del / la solicitante

Firma de la secretaria