

D. _____, con DNI _____
y número de colegiado _____, domicilio en _____

Localidad _____ CP. _____

Provincia _____ y teléfono _____

EXPONE:

Que declara bajo su responsabilidad no ejercer la profesión veterinaria en la provincia de Sevilla, tanto en su faceta de ejercicio libre como al servicio de la administración, desde el día _____ de _____ de _____.

SOLICITA:

Le sea concedida la baja como colegiado en este Iltre. Colegio

Sevilla, a _____ de _____ de _____

Fdo. _____

**ILMO. SR. PRESIDENTE DEL ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE
VETERINARIOS DE SEVILLA**