



**Colegio Oficial de Trabajo Social
de Castilla-La Mancha**
Avda. República Argentina, 27 – 1º
16002 CUENCA • Apartado de Correos 218
Telf. / Fax: 969 230 633 • Telf.: 969 233 082
E-mail:
castillalamancha@cgtrabajosocial.es
www.trabajosocialclm.com

SOLICITUD DE BAJA VOLUNTARIA EN EL COLEGIO.

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI/ NIF:

DOMICILIO:

C.P., LOCALIDAD Y PROVINCIA:

Nº DE COLEGIADA/O:

Teniendo conocimiento de la exigencia de colegiación obligatoria para el ejercicio de la profesión establecidos en la Ley 2/1974, de Colegios Profesionales; en la Ley 10/1999, de creación de Colegios Profesionales de Castilla- La Mancha, en la Ley 17/2002, de creación del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Castilla- La Mancha, en los Estatutos de dicho Colegio aprobados por Resolución de 07-10-2003 y en el Código Deontológico de la Profesión de Diplomado/a en Trabajo Social.

DECLARA BAJO JURAMENTO O PROMETE que en la actualidad no ejerce la profesión en ninguna de sus modalidades; y/o que no mantiene domicilio profesional único o principal en el ámbito competencial de este Colegio Profesional, por lo que **SOLICITA:**

Darse de baja en el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Castilla- La Mancha por no ejercer la profesión de Trabajador/a Social/ Asistente Social, asumiendo el compromiso de notificar de forma inmediata al Colegio, cualquier cambio en las circunstancias profesionales aquí declaradas.

Y MANIFIESTA que tiene liquidado el período de cuota colegial a la fecha que solicita la Baja Voluntaria; así como que tiene conocimiento de la normativa que responde a la incorporación colegial para el ejercicio de la profesión, quedando bajo su responsabilidad las posibles actuaciones que de ella derivaran.

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR A LA SOLICITUD DE BAJA VOLUNTARIA.

- Devolución de Carné de Colegiada/os al Colegio.
- Original o copia reciente de la Vida Laboral.
- En caso de Deuda, resguardo de la liquidación correspondiente.

En _____, a ____ de _____ de 201__.

Firma del/ de la solicitante de baja.