



SOLICITUD DE ALTA COLEGIAL

Don/Doña _____,
mayor de edad, de nacionalidad _____, con
DNI (o equivalente) _____ y domicilio en la calle/plaza _____

nº _____, del municipio de _____

EXPONE:

Que se halla en posesión del **Título de Licenciado/a en Farmacia** y declara que no está incurso/a en causa de incapacitación, ni inhabilitado/a o suspendido/a para el ejercicio de la profesión, ni ha sido expulsado/a de otro Colegio de Farmacéuticos sin posterior rehabilitación, por lo que

SOLICITA:

Su admisión y consiguiente inscripción en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra como _____
en la modalidad de _____

a cuyo efecto acompaña la siguiente documentación

- Título
- Resguardo
- 2 fotografías
- Fotocopia DNI

En Pamplona, a _____ de _____ de 200__.

Firma del solicitante:

Al Ilmo. Sr. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra.