



## SOLICITUD DE CAMBIO DE MODALIDAD

*Nombre y apellidos:*

*DNI/NIE:*

*Nº colegiad@:*

**Solicito** a este Colegio Oficial de Farmacéuticos de Santa Cruz de Tenerife,  
**mi cambio de modalidad profesional a sin ejercicio** por el siguiente **motivo:**

a, de , de 20

Firmado:

Este documento lo puede presentar vía telemática, enviándolo al correo electrónico: [secretaria@coftenerife.org](mailto:secretaria@coftenerife.org)

O si lo prefiere, de manera presencial en el horario de atención al [colegiad@](mailto:colegiad@) del departamento de Secretaría: L-M-X-V: 8-17h y J: 8-19h

Cualquier duda, contacte con nosotros llamando al 922 27 87 12 (ext. 5)

\*El cambio de modalidad está sujeto a la aprobación de la Comisión Permanente\*

*Artículo 55 de los Estatutos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Santa Cruz de Tenerife: "Para la tramitación, gobierno, ejecución y resolución de asuntos que exijan una resolución inmediata o que encargue la Junta de Gobierno, existirá una Comisión Permanente integrada por el Presidente, el Secretario, Tesorero y Vocal de Titulares y Cotitulares de Oficina de Farmacia."*