

DON/DOÑA \_\_\_\_\_ COLEGIADO Nº. \_\_\_\_\_

CON N.I.F. Nº. \_\_\_\_\_, CON DOMICILIO EN C/ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nº. \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

SOLICITA: Me expidan certificación de colegiación y del abono de las cuotas  
colegiales abonadas entre el periodo \_\_\_\_\_

Hasta el \_\_\_\_\_.

En Ciudad Real a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 .

Fdº. \_\_\_\_\_

**ILUSTRE COLEGIO PROVINCIAL DE ENFERMERIA DE CIUDAD REAL**