

**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA SOLICITAR LA BAJA POR CESE DE
ACTIVIDAD EN EL COEM**

D./D^a.: _____

Con NIF: _____

y Domicilio: _____

Nº de colegiado: _____

DECLARO RESPONSABLEMENTE:

PRIMERO.- Que a partir de la fecha de firma del presente escrito he cesado en el ejercicio de la Odontología en territorio español, lo que declaro a los efectos de instar la baja voluntaria en la colegiación que conllevará la pérdida de la condición de colegiado, conforme a lo previsto en el artículo 15.1.a) de los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General (aprobados mediante Real Decreto 2828/1998, de 23 de diciembre).

El cese en el ejercicio profesional se produce:

Por jubilación.

Por traslado al extranjero para ejercer la profesión.

Por abandono de la actividad profesional de Odontólogo/a.

Otros (incidir _____).

SEGUNDO.- Con la firma de la presente declaración declaro conocer que el ejercicio de la profesión sin estar colegiado supone una infracción administrativa y podría ser sancionado por ello y podría constituir un delito y podría ser condenado por ello.

TERCERO.- En relación con las cuotas colegiales, me encuentro al corriente de pago, habiendo abonado la cuota del mes en curso. Declaro conocer que al ser la cuota mensual y devengarse en los primeros días, no tengo derecho a percibir cantidad alguna por los días en que restan para completar el mes.

CUARTO.- Declaro conocer que la póliza de Responsabilidad Civil, en el caso de que tenga contratada la póliza colectiva del COEM, se mantendrá en vigor hasta el mes de enero del año siguiente, momento en el que se procederá a su baja.

QUINTO.- Declaro conocer que, en caso de querer reincorporarme al COEM, deberé solicitarlo formalmente, en cuyo caso deberá presentar nuevamente la documentación requerida para ello y abonar la cuota específica a tal efecto que, actualmente es de 50€.

Fecha de la presentación de la declaración y firma del declarante.