**DECLARACIÓN RESPONSABLE FIRMADA**

Yo, …………………………………………………., mayor de edad, con DNI ………………………….., y domicilio en …………………………………………………………………………..,

Declaro el fin de mi relación con el Colegio profesional de Dietistas-Nutricionistas de la Comunidad de Madrid, y mi dada de baja en la entidad como colegiada.

Efectúo esta declaración a todos los efectos legales, he sido informada del hecho de la obligatoriedad de estar colegiada en la Comunidad de Madrid para ejercer como Dietista-Nutricionista de forma asistencial, y por ello soy consciente de las responsabilidades civiles y penales que deriven de ella.

Adjunto a esta declaración los siguientes documentos: formulario normalizado de Baja Colegial, fotocopia del DNI, carnet de Colegiado, …………………………………………….

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente declaración.

Nombre

Madrid, … de ……………. De 20..