

Solicitud de Baja

Identificación del Solicitante:

D / M / A

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre e Inicial	Fecha
------------------	------------------	------------------	-------

Dirección Postal: _____

Dirección Residencial: _____

Tel. Residencial: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Licencia Profesional de:

Terapeuta Ocupacional

Asistente en Terapia Ocupacional

Número de licencia: _____

Mediante el presente escrito vengo a solicitar al Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico que se apruebe mi baja como colegiado(a) y ello en base a la(s) siguiente(s) razón(es):

- Por jubilación
- Por traslado a _____
- Por cesación voluntaria en el ejercicio de mi profesión.
- Otro: _____

(Marque la(s) razón(es) en la(s) que se fundamenta la baja. Deberá justificarse documentalmente la causa esgrimida para solicitar la baja colegial y **someter evidencia de la desactivación de la licencia**. No se admitirá ninguna petición de baja a la que no se acompañe documentación acreditativa que justifique la petición de la misma.)

Doy el carácter de declaración jurada al presente y a todo su contenido y me declaro consciente de que en caso de falsedad en los documentos presentados, puedo incurrir en violación al Código de Ética del Colegio, con las responsabilidades que hubiera a lugar.

Asimismo y en caso de que la causa en que fundamento mi baja cesara, me comprometo a ponerlo en conocimiento de este Colegio y solicitar de nuevo el alta, so pena de incurrir en violación al Artículo 9 del Reglamento del Colegio

Todo lo cual manifiesto a mi conformidad en:

San Juan, PR, el _____ de _____ de 20 _____

Firma solicitante: _____ Firma Asistente Administrativo: _____

Fecha: _____

Aprobado por: Junta Directiva / 11 agosto 2018