



**Consejo General de Colegios Oficiales  
de Enfermería de España**

D<sup>a</sup>/D \_\_\_\_\_

Provista/o de DNI/NIE/Pasaporte: \_\_\_\_\_

**DECLARA que, hasta la fecha, no ha estado colegiada/o ni ejercido la profesión de Enfermería en España y que, por tanto, no ha podido ser suspendida/o, separada/o o inhabilitada/o para ejercer la profesión de Enfermería, tanto en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada, asumiendo íntegramente, en caso de inexactitud o falsedad de la presente manifestación, las responsabilidades que en Derecho correspondieran.**

**Y para que así conste, firma la presente en \_\_\_\_\_, a  
.....**

**FIRMA.: \_\_\_\_\_**

