



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

D^a/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.: _____

