



Consejo General de Colegios Oficiales  
de Enfermería de España

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

Provisto/a de N.I.F: \_\_\_\_\_

**DECLARA, que hasta la fecha, no ha sido suspendido/a, separado/a o inhabilitado/a 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.: \_\_\_\_\_**