



COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS  
EN TRABAJO SOCIAL Y AA.SS. DE LAS PALMAS

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

mayor de edad con D.N.I. nº \_\_\_\_\_ y nº de colegid@ \_\_\_\_\_

con domicilio en la calle \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

Isla \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**EXPONE:**

**SOLICITA:**

Las Palmas de Gran Canaria, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y  
ASISTENTES SOCIALES DE LAS PALMAS