



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE JAÉN

Millán de Priego, 4
23.004 JAÉN
Teléfonos: 953 29 59 40
Fax: 953 26 70 14
e-mail:colmedjaen@colmedjaen.es
<http://www.colmedjaen.es>

D. _____,
Médico, colegiado número _____, con domicilio en
_____ DECLARO BAJO JURAMENTO a
los efectos de la devolución de Cuotas Colegiales correspondientes al año 2.023, que
durante el citado ejercicio no he prestado ningún trabajo al Servicio Andaluz de Salud, ni
a ninguna otra Administración del Estado, Provincia o Municipio, y para que conste a
dichos efectos, firmo la presente en
_____ a _____ de _____ de 2.0____