



Ordine delle Professioni Infermieristiche

RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

INFERMIERI

ASSISTENTI SANITARI

VIGILATRICI D'INFANZIA

Il/la sottoscritto/a:

Cognome Nome

Luogo di nascita Prov. Data di nascita

Indirizzo di residenza

Telefono Cellulare

Email P.E.C.

Numero Albo

Consapevole delle sanzioni civili e penali stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000, n. 445)

CHIEDE

La CANCELLAZIONE dall'Albo Professionale con la seguente motivazione:

- Collocazione a riposo (la presente è valida quale autocertificazione) dal _____
- Cessazione assoluta dell'esercizio professionale
- Esercita l'attività di Ostetrica ed è regolarmente iscritta all'Albo delle Ostetriche (allegare certificazione)
- Passaggio al ruolo amministrativo

N.B. In caso di autocertificazione l'Ente accettante ha facoltà di accertare la veridicità delle dichiarazioni ricevute. La produzione della documentazione relativa (certificato di quiescenza, servizio ecc.) consentirà una più celere soluzione del procedimento.

Sassari, _____
prot. _____

Il richiedente

MARCA DA BOLLO
€ 16,00