

Domanda cancellazione Albo

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Rovigo

Viale Porta Adige,56/B – 45100 Rovigo

MARCA DA

BOLLO

€ 16,00

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ prov. _____ Nazione _____ il ___/___/___

Residente a (città) _____ prov. _____

Cap. _____ Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico _____ E-mail: _____

CHIEDE

Di essere cancellato/a dall'Ordine Professionale con qualifica di:

- Infermiere/a
- Assistente Sanitaria
- Vigilatrice/Infermiera/e Pediatrica/o

Tenuto dal su intestato Ordine.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

Per la seguente motivazione:

- Cessata attività (anche in caso di pensionamento) a decorrere dal ___/___/___;
- Cambio attività a decorrere dal ___/___/___;
- Invalidità permanente;
- Iscrizione ad altro Albo o Ordine per l'esercizio di una professione non infermieristica;
- Trasferimento residenza all'estero (iscrizione AIRE);
- Rientro in Patria.

Il/La sottoscritto/a dichiara di cessare l'esercizio della professione Infermieristica o di ASV o di VI sotto qualsiasi forma e assicura inoltre di non svolgere, a venire, alcuna prestazione infermieristica, sia come dipendente, sia a livello libero professionale, sia di volontariato.

Alla presente domanda allego i seguenti documenti

- 1.** N. 1 marca da bollo da € 16,00 (sedici/00) da consegnare alla segreteria;
- 2.** Copia della ricevuta del pagamento della quota di iscrizione all'Ordine relativa all'anno corrente.

Rovigo, lì _____

Il/La Dichiarante _____

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)