

Marca da bollo

Da

Euro 16,00

Al Presidente del' Ordine delle Professioni Infermieristiche.

Via Torino 125

96100 Siracusa

opi.siracusa@pec.it

IL/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

via _____ n° _____ c. a. p. _____ tel. _____ / _____

CHIEDE

LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE DI CODESTO ORDINE

come _____ per(indicare motivazione) _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESTATO SERVIZIO (sede ultimo lavoro) _____

_____ fino al _____ e che non

svolgerà in futuro alcuna prestazione infermieristica, né quale libero professionista né quale lavoratore dipendente.

Allega:

a) Certificato di cessazione di servizio rilasciato dall'ente in cui era dipendente o Autocertificazione di cessata attività.

b) Copia della ricevuta del pagamento della quota associativa dell'anno in corso.

c) Tesserino di iscrizione all'Albo (n° _____).

e) Fotocopia del documento di identità valido (non scaduto).

La suddetta domanda deve essere presentata all'Ordine entro il 30 ottobre dell'anno precedente a quello in cui si intende essere cancellati.

NON PUO' ESSERE ACCOLTA LA RICHIESTA DI CANCELLAZIONE PRIMA DELLA COLLOCAZIONE EFFETTIVA IN INATTIVITA'

-Dichiarazione resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza delle proprie responsabilità penali in caso di dichiarazioni false, secondo quanto disposto dall'art.26 della legge 15/68.

-i dati riportati sono comunicati in base alle disposizioni vigenti al fine del procedimento per il quale vengono richiesti e potranno essere utilizzati esclusivamente per tale scopo (informativa ai sensi dell'art. 10 della legge675/1996)

il dichiarante

SIRACUSA. _____