



**ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA**

PROCEDURA PER LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DA OPI SIRACUSA

STEP 1

Scaricare, Stampare e Compilare il modulo mod. 001 (Domanda di cancellazione da OPI SIRACUSA), mod. 002 (Autocertificazione stato di quiescenza o cessazione attività professionale). Inviare entrambi i moduli scansionati al seguente indirizzo email: segreteria@opisiracusa.it.

STEP 2

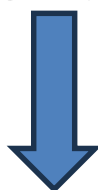
Recati presso gli uffici dell'OPI di Siracusa, siti in Via Torino n°125 - Siracusa negli orari di ricevimento, con tutta la modulistica compilata (mod. 001 mod. 002), un documento di identità personale, codice fiscale, tesserino OPI Siracusa (se in possesso) e una marca da bollo da € 16,00.

IMPORTANTE: Qualora il pensionamento avvenga entro il 31 dicembre l'iscritto è tenuto a presentare domanda entro il 10 gennaio dell'anno successivo, per evitare l'addebito della quota di iscrizione relativa al nuovo anno.

Riferimenti normativi

La presente procedura è redatta ai sensi del **D.Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946 n. 233** e del **D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221**, che disciplinano l'istituzione e il funzionamento degli Ordini delle Professioni Sanitarie, nonché dell'**art. 11 del D.P.R. 221/1950** che prevede la cancellazione dall'Albo su domanda dell'interessato. Le dichiarazioni sostitutive sono rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del **D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445**.

MODULISTICA





**ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA**

MOD. 001

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DA OPI SIRACUSA
Tutti i campi devono essere compilati, scrivere in stampatello

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

SPETT.LE
OPI DI SIRACUSA
VIA TORINO N 125
96100 SIRACUSA
PEC opi.siracusa@pec.it

Il sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in Via _____ Comune _____ Prov. (____)

Cap _____ Codice Fiscale _____ cellulare _____

Mail _____ Pec _____

Iscritto/a presso questo Ordine come:

- ☐ Infermiere/a dal _____ con numero di posizione _____.
- ☐ Infermiere/a Pediatrico/a dal _____ con numero di posizione _____.

**CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA E
LA CONTESTUALE DISDETTA DELLA PEC (Se attivata dall'OPI di Siracusa)**

Per (indicare motivazione):

- ☐ Pensionamento / Quiescenza.
- ☐ Cessazione attività.

Indicare PEC da dismettere: _____.



**ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA**

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

_____ fino al _____

e che non svolgerà in futuro alcuna attività e/o prestazione infermieristica, né quale libero professionista né quale lavoratore dipendente, né come volontariato.

Si allega:

1. Certificato di cessazione di servizio rilasciato dall'Ente in cui era dipendente o in assenza Autocertificazione di cessata attività;
2. Copia ricevuta pagamento della quota associativa dell'anno in corso;
3. Tesserino OPI Siracusa;
4. Copia Documento di Identità in corso di validità;
5. Copia Codice Fiscale.

Ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000 e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito dal Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), che le informazioni e i dati indicati sono veritieri e perfettamente corretti;

SIRACUSA _____ FIRMA _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.

SIRACUSA _____ FIRMA _____

OPI SIRACUSA – Ordine delle Professioni Infermieristiche di Siracusa – Via Torino n 125 – Tel 0931/21126 mail segreteria@opisiracusa.it pec opi.siracusa@pec.it - C.F. 80008110894



**ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI SIRACUSA**

Mod. 002

**Autocertificazione stato di quiescenza o cessazione attività professionale
AI SENSI DELL'ART. 46 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000 N°445
Tutti i campi devono essere compilati, scrivere in stampatello**

Il sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ e residente a _____ in via
_____ n° _____ CF _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la
sua responsabilità (artt. 76 DPR 28/12/2000 n° 445)

DICHIARA ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n°445

- ☐ Di essere in stato di quiescenza dal _____;
- ☐ Di aver cessato la propria attività professionale dal _____;

e che non svolgerà in futuro alcuna attività e/o prestazione infermieristica, né quale libero professionista né quale lavoratore dipendente, né come volontariato.

Ai sensi e per effetti di cui all'art. 46 DPR 445/2000 e consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito dal Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 DPR 445/2000), che le informazioni e i dati indicati sono veritieri e perfettamente corretti;

SIRACUSA _____ FIRMA _____

E' necessario allegare alla presente richiesta copia del documento di identità in corso di validità e Codice Fiscale

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.

SIRACUSA _____ FIRMA _____

**OPI SIRACUSA – Ordine delle Professioni Infermieristiche di Siracusa – Via Torino n 125 – Tel 0931/21126
mail segreteria@opisiracusa.it pec opi.siracusa@pec.it - C.F. 80008110894**