



Ordine Professioni
Infermieristiche
SASSARI

RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

INFERMIERE

INFERMIERE PEDIATRICO

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. _____

Marca da
Bollo
€ 16.00

Il richiedente