

# DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL' ALBO OPI

Marca da

Bollo

€ 16,00

Al Presidente  
**OPI ASCOLI PICENO**  
Provincia di Ascoli Piceno  
Via Assisi, 3 63084  
Villa Pigna - Folignano

IL/LA Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

## CHIEDE

La CANCELLAZIONE dall' ALBO PROFESSIONALE

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per falsa attestazione o mendace dichiarazione sotto la sua personale responsabilità (art.76 DPR 28/12/2000n.445)

## DICHIARA

di essere nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

di essere residente \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

n. telefono \_\_\_\_\_

di essere iscritto a codesto Ordine delle Professioni Infermieristiche in qualità di infermiere

## DICHIARA

**AI SENSI DELL'ART.47 DPR 25/12/2000 n.445**

**che non svolgerà la relativa attività professionale né quale libero professionista né quale lavoratore dipendente nell'ambito dei rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati, né quale volontario.**

**Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per effetto di cui all'art. 13 del D.Lsg.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

**Allega:**

1. Tessera di iscrizione al IPASVI ASCOLI PICENO n. \_\_\_\_\_
2. Fotocopia documento di identità
3. Fotocopia avvenuto pagamento quota anno corrente

Ascoli Piceno il \_\_\_\_\_ II/LA DICHIARANTE \_\_\_\_\_

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