

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 mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art.76 DPR 28/12/2000 n.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 a IPASVI/OPI ASCOLI PICENO n. _____
2. Fotocopia documento di identità
3. Fotocopia avvenuto pagamento quota anno corrente

Ascoli Piceno il _____ IL/LA DICHIARANTE _____

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

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, (art. 75 DPR 445/2000)