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 dichiarazione 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 e di essere in regola con i pagamenti.

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. TESSERINO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO (o nel caso di suo smarrimento/furto, DENUNCIA DI SMARRIMENTO/FURTO dello stesso alle autorità competenti IN ORIGINALE (di cui la Segreteria acquisirà copia che provvederà ad autenticare);
2. Fotocopia documento di identità.

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)