Applicare una marca da bollo da

€ 16,00

**ISTANZA DI CANCELLAZIONE DALL’ALBO**

Al Presidente dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Catania

Via Locatelli, 13/D 95123 Catania

Il/La sottoscritto/a consapevole delle

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

DICHIARA

(ai sensi dell’art. 46 del DPR 28/12/2000 n°445)

di essere nato/a a essere residente in

il / /

* + 1.

di Via

 n°

tel.

di avere

prestato servizio presso (sede ultimo lavoro)

 fino al di essere iscritt\_ a codesto Ordine Professionale in qualità di \_\_\_ dal \_\_

mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# chiedo a codesto Ordine la cancellazione dall’Albo di:

□ Infermiere □ Infermiere Pediatrico

per il seguente motivo:

# Inoltre dichiara che non svolgerà la relativa attività professionale né quale professionista, né quale lavoratore dipendente nell’ambito dei rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati, né quale volontario.

Si allega alla presente:

* + - * Tessera d’iscrizione all’ordine (in alternativa dichiararne il mancato possesso)
			* Copia del documento d’identità
			* Copia della ricevuta di pagamento anno in corso

 , li / / \_\_\_\_\_\_ Con osservanza