

Marca
da bollo
€.16,00



Prot. N° ____ del ____/____/200__

Alla Presidente dell' OPI
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
VIA CICERONE N. 19/23 - 75100 MATERA

La/il sottoscritta/o _____

**Consapevole della responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione
falsa o comunque non corrispondenti al vero dichiara :**

di essere nata/o il ____ / ____ / ____ a _____

di essere residente in _____ prov. _____ CAP _____

Via _____ n° ____ tel. ____/____/____ cell. _____

di essere iscritto a codesto Ordine delle Professioni Infermieristiche dal ____/____/____

in qualità di _____

(specificare se: Infermiere – Infermiere Pediatrico)

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo Professionale in quanto _____

(indicare la motivazione e se trattasi di pensionamento indicare la data dello stesso e l'ente presso cui lavorava)

Di aver prestato servizio presso _____ fino al ____/____/____

(sede ultimo lavoro)

e pertanto

DICHIARA

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 volontariato.

Alla presente allega: - tessera di iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche

n° _____

- copia cartella esattoriale quietanzata dell'anno in corso,
- copia delibera di pensionamento dell'azienda di lavoro.

Con osservanza. _____

(firma per esteso del dichiarante)

Matera, _____