

Marca da bollo
16 euro



OPI PESCARA
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PESCARA

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Pescara

La/Il Sottoscritta/o _____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo..... per la seguente motivazione:
..... A tale scopo, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (Art. 76 DPR 28.12.2000 n.445)

DICHIARA

di essere nata/o il _____ a _____ Prov. _____ e di essere residente
in via _____ n° _____ a _____ Prov. _____ CAP _____
tel/cell _____ di essere cittadino _____ e di godere dei diritti civili.

- di essere iscritto/a presso codesto Ordine Professionale all'Albo Professionale.

Dichiara altresì di essere a conoscenza di quanto prescritto dalle leggi vigenti in materia di professioni sanitarie e della obbligatorietà dell'iscrizione ai relativi albi professionali per poter esercitare le suddette professioni e che, pertanto, con l'atto di cancellazione non può in alcun modo svolgerle.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente copia del documento di identità valido.

Luogo e data _____

Il dichiarante

firma leggibile

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 10 della Legge n. 127/1997

Avvertenza: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000) E' NECESSARIO RIEMPIRE TUTTI I CAMPI