

MARCA DA
BOLLO DA
16,00 EURO

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ORDINE (entro il 30 ottobre)

**Spett.le ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
INTERPROVINCIALE di BL-PD-RO-TV-VE-VI**

Il/La Sottoscritta/o
nata/o a Prov. il
residente a Prov..... Cap
in via numero civico
Tel. cell. Mail:
iscritto/a all'Ordine dal al n.
Diplomata/Laureata alla professione di Ostetrica nell'anno.....

CHIEDE

**DI ESSERE CANCELLATA DALL'ALBO DI CODESTO ORDINE, AI SENSI
DELL'ARTICOLO 11 LETT. D DEL DLCPS 233/46,
CON DECORRENZA DAL 01.01.202..**

PER IL SEGUENTE MOTIVO:

- Cessazione attività professionale per (pensionamento, malattia, altro):

Il/La sottoscritta dichiara altresì sotto la propria responsabilità:

- che non intende esercitare la libera professione
- di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Albo

Ai sensi e per gli effetti della legge n° 15/1968 e della Legge n° 127/97 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritta, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 legge 15/68, **dichiara** l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Alla presente si allega:

- copia ultimo versamento della tassa iscrizione all'Ordine (anno in corso)
- copia del codice fiscale

DATA

FIRMA