

Domanda di CANCELLAZIONE dall'O.P.I. di Ancona

Marca da Bollo
Euro 16,00

Al Presidente
dell'O.P.I. di Ancona

Oggetto: Domanda di Cancellazione dall'Albo dell'O.P.I. di Ancona.

Il sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____
e residente in Via/P.zza _____ n° _____
Comune _____ Prov. _____ Cap. _____
Tel. _____ in qualità di _____
(Infermiere/Infermiere Pediatrico)

iscritt___ all'O.P.I. di Ancona, con la presente

CHIEDE

(Barrare le caselle che interessano)

DI ESSERE CANCELLATA/O PER RINUNZIA DALL'ALBO

degli/delle

Infermieri **Infermieri Pediatrici**

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/00 n.445)

DICHIARA

- di non esercitare la professione di _____
(Infermiere/Infermiere Pediatrico)
per _____ dal _____,
(Pensionamento/cambio attività lavorativa/...)
- di aver prestato servizio in qualità di _____
(Infermiere/Infermiere Pediatrico) presso la
seguinte struttura _____
(ultima struttura pubblica o privata in cui si è svolto il servizio)
fino al _____ .

I dati verranno cancellati dai sistemi attivi dell'Ordine, tuttavia verranno conservati per le sole finalità legali nei limiti dei termini prescrizionali e comunque per non più di 10 anni.

Ancona, _____

Il /la Dichiarante _____
(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

PER AVERE DIRITTO A NON PAGARE LA QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO IPASVI RELATIVA ALL'ANNO IN CUI SI PRESENTA LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE, LE DOMANDE DI CANCELLAZIONE DOVRANNO PERVENIRE ENTRO LA MARZO DI OGNI ANNO, CON MARCA DA BOLLO (Euro 16,00) E MOTIVAZIONE (NON ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE PER PENSIONAMENTO, CAMBIO ATTIVITA' LAVORATIVA, ECC.) MATURATA ALMENO ENTRO LA STESSA DATA.