

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.

I 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)