

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

marca da bollo da

€ 16,00

Spett.le ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA DELLA PROVINCIA DI RIETI

Via E .Lucandri n.26- 02100 Rieti

La/il sottoscritta/o OST. nata/o a Prov.
..... il residente a (Comune) Prov.
in Via n°
iscritta/o all'Ordine della Professione di Ostetrica della provincia di Rieti al n°

CHIEDE

la cancellazione dal suddetto albo di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lettera D), del DLCP 233/46 per il seguente motivo:

- Cessazione dell'attività professionale per (specificare se pensionamento, ecc.)
.....
- Altro:
.....

A DECORRE DAL

La/il sottoscritta/o dichiara:

- Che NON intende esercitare la libera professione.
- Di essere in regola con il pagamento della quota all'Albo.

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

FIRMA

Data.....

N.B.: Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere