Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Brescia con la donna ad ogni età	**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO**	Marca da bollo € 16,00

Spettabile Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Brescia

Il/La sottoscritto/a (Cognome)_____(Nome)_____

(DLCPS 13 settembre 1946 n.233 art.9, DPR 5 aprile n.221 art.4, Legge 4 gennaio 1968 n.15 art. 2 e 5) Utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa vigente in materia l'autocertificazione (L. n.127 15 maggio 1997, DPR n.445 del 28 dicembre 2000 art.46-47) consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero

DICHIARA

Di essere nat___il_____a_____prov._____

Di essere residente nel comune di_____prov._____tel._____

Via/Piazza_____n._____cap_____

Di essere domiciliato nel comune di_____prov._____

Via/Piazza_____n._____cap_____

Indirizzo del Paese d'origine (Nazione)_____Città_____

Via/Piazza_____n._____cap_____

Passaporto/Carta d'identità n._____rilasciata a_____il _____

Di avere prestato servizio presso (sede ultimo lavoro)_____
Fino al _____

di essere iscritto a codesto Ordine Provinciale con N._____dalla data_____

DICHIARA ALTRESÌ

Che non svolgerà attività ostetrica, né quale lavoratore libero professionista né quale dipendente pubblico o privato, né quale volontario,

Di essere In regola con i pagamenti delle quote dovute all'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Brescia,

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo Professionale per _____

Luogo, data

Firma

_____

La cancellazione, perché abbia validità per l'anno seguente, deve essere:
- inoltrata entro e non oltre il 31 dicembre;
- inviata tramite raccomandata A/R o tramite Pec, allegando copia di un documento d'identità valido, oppure consegnata dall'interessato/a o da un delegato/a alla segreteria dell'Ordine.