

 Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Brescia <i>con la donna in ogni età</i>	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. _____ tel. _____

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 _____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo Professionale per _____

DICHIARA

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

Con osservanza.

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. allegando copia di un documento valido o consegnato dall'interessato o da un delegato alla segreteria dell'Ordine.