

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE PER RINUNCIA DALL'ALBO
PROFESSIONALE O.P.I. (ART.11, LETT.d,D.L.C.P.S.13/9/1946, n°233)**

Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche
Via Roma 17
34132 – TRIESTE

Il sottoscritt _____
nat a _____ il _____ e residente
a _____ via _____
n° _____ Cap _____ iscritt a codesto Ordine in qualità di:

- INFERMIERE
- INFERMIERE PEDIATRICO

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale O.P.I. di Trieste per i seguenti motivi (indicare la motivazione e se trattasi di pensionamento indicare la data dello stesso e l'Ente presso cui si lavorava) _____

_____ e pertanto

DICHIARA

di essere a conoscenza di non poter svolgere la relativa attività professionale né quale libero professionista né quale lavoratore dipendente, né di volontariato nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati.

Dichiara infine di essere informato e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 46 76 DPR 28/12/2000 n.445 e autorizza l' O.P.I. Trieste alla raccolta e al trattamento dei propri dati ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

ALLEGA:

- Restituzione o denuncia di smarrimento del Tesserino di appartenenza all'Ordine.
- Fotocopia ricevuta relativa al pagamento della quota dell'anno in corso.
- Fotocopia documento d'identità

N.B.:

La suddetta domanda deve essere presentata all'Ordine anche a mezzo raccomandata entro il 30/11 dell'anno precedente all'anno in cui si intende cancellarsi.

DATA _____

FIRMA _____

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della Legge 17/97)

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000)