

 <p>Ordine Interprovinciale della Professione Ostetrica di Brescia e Mantova <i>con la donna ad ogni età</i></p>	DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO	Marca da bollo € 16,00
---	---	------------------------

Spett.le Ordine Interprovinciale della Professione Ostetrica di Brescia e Mantova

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 Interprovinciale della Professione
 Ostetrica di Brescia e Mantova,

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.