

Bollo € 16,00

**AL PRESIDENTE
ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
DI RAGUSA**

Il/La sottoscritto/a _____

C H I E D E

di essere cancellato/a dall'Albo Provinciale degli _____
(Specificare se: INFERMIERI, INFERMIERI PEDIATRICI)
tenuto da Codesto Ordine.

**A TAL FINE, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' E DELLE PENE STABILITE
DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI O MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA
SUA PERSONALE RESPONSABILITA' (ART. 76 DPR 28/12/2000 N. 445)**

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ (_____) il ____/____/____
- di essere residente a _____
in via _____ n. _____ Tel. ____/____
- di essere iscritto/a all'Albo Provinciale come _____
(Specificare se: INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO)
- dal ____/____/____ con numero di posizione _____
- di non esercitare la professione infermieristica in nessuna delle sue forme.
- Se trattasi di pensionamento indicarne la data dalla quale esso decorre e l'Ente di cui si era dipendente: _____

**VISTO L'ART. 11 DEL DLCPS N. 233 DEL 13/09/1946, VISTO L'ART. 11 DEL DPR N. 221
DEL 05/04/1950, ALLA PRESENTE ALLEGA:**

- 1. TESSERA DI ISCRIZIONE.**
- 2. ULTIMA QUOTA ANNUALE PAGATA.**
- 3. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO VALIDO.**

Ragusa, ____/____/____

FIRMA
