

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE**

<b>N. prot.</b> <b>Data</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pratica controllata</b>	<b>Data CD</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Pratica completa</b>	<b>Data</b>

**(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)

**Spettabile Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di Brescia**

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

**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/domiciliato nel comune di \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Passaporto/Carta d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere iscritto a codesto Ordine come:  Inf.  I.Ped./VI con N. \_\_\_\_\_ dalla data \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La cancellazione dall'Albo Professionale per la seguente motivazione:

- Cessata attività (anche in caso di pensionamento) a decorrere dal ...../...../..... (gg/mm/aaaa);
- Altro: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Di cessare l'esercizio della professione sotto qualsiasi forma**, e assicura inoltre di non svolgere, a venire, alcuna prestazione professionale, sia come dipendente, sia a livello libero-professionale, sia di volontariato, senza prima aver presentato una domanda di iscrizione all'Albo di competenza ed essere stato/a effettivamente iscritto/a con delibera del Consiglio Direttivo.
- Di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Albo compreso l'anno in corso.**
- Di essere consapevole che l'indirizzo PEC rilasciato da Opi Brescia e la Tessera digitale verranno cessate a cancellazione avvenuta.**

Alla presente allega:

- La Tessera di iscrizione all'Ordine **se iscritto in data antecedente al 01/01/2022**, in caso di smarrimento allegare dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- Fotocopia documento di identità in corso di validità.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma del Richiedente\* \_\_\_\_\_



**SEZIONE DA COMPILARE IN CASO DI DELEGA (allegare copia documento del delegato)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DELEGO**

il/la Sig. Sig.ra \_\_\_\_\_ identificato/a a mezzo di \_\_\_\_\_

N° documento \_\_\_\_\_

**alla consegna della domanda di cancellazione e documentazione allegata.**

Firma del Delegante \_\_\_\_\_

**SEZIONE RISERVATA ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI BRESCIA**

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ incaricato,

**ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,**

che il/la Signor/a \_\_\_\_\_  DELEGATO

ha presentato la domanda di cancellazione

Brescia, \_\_\_\_\_

FIRMA dell'incaricato che riceve la domanda di cancellazione