


| | | |
|---|---|----------------|
|  | DOMANDA DI CANCELLAZIONE | Marca da bollo |
| N. prot. Data | <input type="checkbox"/> Pratica controllata | Data CD |
| | <input type="checkbox"/> Pratica completa | Data |

(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* _____



DOMANDA DI CANCELLAZIONE

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