

NORME PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

Alla domanda di cancellazione si devono allegare:

- marca da bollo da € 16,00
- tessera di iscrizione IPASVI/OPI o la denuncia di furto fatta alle Forze dell'Ordine o modulo "dichiarazione sostitutiva di smarrimento";
- fotocopia in carta semplice della ricevuta del pagamento quota di iscrizione all'Ordine relativo all'anno corrente;
- fotocopia in carta semplice di tutte le facciate di un documento di identità (carta di identità, patente, passaporto), in corso di validità.

- La domanda può essere consegnata a proprie mani o spedita per posta (con raccomandata A/R).
- La domanda di cancellazione deve pervenire **entro il 30 Novembre**.
- La richiesta di cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione.
- La cancellazione viene deliberata dal Consiglio Direttivo che ne dà successiva comunicazione all'interessato.
- Le richieste di cancellazione non conformi o incomplete saranno respinte.
- Non può essere chiesta la cancellazione prima della collocazione effettiva in quiescenza

Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche
della provincia di BIELLA

Marca da bollo

€ 16.00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE ALBO PROFESSIONALE

___/___/___ Sottoscritto/a _____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo Professionale Infermieri Inf. Pediatrici

tenuto da codesto Ordine, con decorrenza:

immediata fine anno

per il seguente motivo:

- Rinuncia
- Cessata attività il
- Trasferimento all'estero
- Perdita cittadinanza italiana
- Altro

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art.46 E 47 D.P.R. 445/2000) e informato/a sull'utilizzo dei dati forniti ai sensi del D.Lgs 196/2003 e Reg UE 2016/679

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445

di essere nato/a a _____ prov. (___) il ___/___/___

di essere residente a _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

N. telefonico _____ indirizzo posta elettronica _____

indirizzo posta elettronica certificata (PEC) _____

Di essere iscritto a codesto Ordine delle Professioni Infermieristiche in qualità di:

Infermiere Infermiere Pediatrico

Di essere consapevole che l'esercizio della professione d'infermiere (in qualsiasi sua forma), in assenza d'iscrizione all'Albo, integra il reato di abuso di professione (ex art. 348C.P.).

Allegati: (barrare le caselle corrispondenti)

- marca da bollo da € 16.00
- copia della ricevuta del pagamento della quota di iscrizione all'Ordine relativo all'anno corrente
- tesserino di iscrizione IPASVI/OPI
- denuncia di furto fatta alle Forze dell'Ordine o modulo
- modulo "dichiarazione sostitutiva di smarrimento"
- copia di codice fiscale
- copia di documento di identità

Luogo, data _____

Il/La Dichiarante _____

*(esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della legge 127/97)
Il dichiarante decade da benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera art. 75-76 DPR 445/2000)*