

Prot. _____

Viterbo _____

Marca da 16,00 €
--

AL PRESIDENTE

ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI VITERBO

Via Matteotti, 38 – 01100 VITERBO

___I___ sottoscritt___ (cognome) _____

(nome) _____

nato/a a _____ prov. (_____) il _____

residente a (città) _____ Cap _____

Via/Piazza _____ n _____

Tel. _____ e-mail _____

Iscritt___ presso codesto ordine in qualità di

 Infermiere/a Infermiere/a Pediatrico/a**CHIEDE**

la cancellazione dall'Albo Professionale della Provincia di Viterbo per i seguenti motivi:

 Cessata attività professionale (anche in caso di pensionamento) Pensione per inabilità lavorativa

___I___ sottoscritt___ inoltre

DICHIARA

Di essere a piena conoscenza che la cancellazione dall'Albo implica l'impossibilità legale dell'esercizio della professione infermieristica in qualunque forma, sia subordinata che autonoma, o volontaria.

Di essere consapevole che dopo 15 giorni dalla cancellazione dall'Albo, la PEC verrà disattivata e che i dati in essa contenuti non saranno più accessibili o recuperabili da alcuno e che quindi è cura dell'assegnatario della PEC salvare i dati e le email prima della definitiva disattivazione.

Data _____

Firma _____

ALLA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DEVONO ESSERE NECESSARIAMENTE ALLEGATI:

- **FOTOCOPIA FRONTE/RETRO DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA', FIRMATO E DATATO;**
- **COPIA DELLA RICEVUTA DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO RELATIVA ALL'ANNO CORRENTE;**
- **RICONSEGNA DEL TESSERINO O LA DENUNCIA DI SMARRIMENTO;**
- **UNA MARCA DA BOLLO DA € 16,00.**

AVVERTENZA:

Ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi in materia.

Ai sensi dell'art. 75 DPR n. 445/2000, se a seguito di controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.