

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

marca da bollo da
€ 16,00

SPETT.

ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA INTERPROVINCIALE
di FI – PO – AR – GR – SI – LU - PT
VIA F. BARACCA, 9
50127 FIRENZE

La/il sottoscritta/o OST.
nata/o a Prov. il
residente a (Comune) Prov.
in Via n°
iscritta/o all'Ordine della Professione di Ostetrica al n°

CHIEDE

la cancellazione dal suddetto albo di codesto Ordine, ai sensi del'art. 11, lettera D), del
DLCPS 233/46 per il seguente motivo:

- Cessazione dell'attività professionale per (specificare se pensionamento, ecc.)

.....

A DECORRE DAL

La/il sottoscritta/o dichiara:

- Che NON intende esercitare la libera professione.
- Di essere in regola con il pagamento della quota all'Albo.

Ai sensi e per gli effetti della Legge n° 15/1968 e della Legge n° 127/97 e successive
modificazioni ed integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole delle responsabilità e delle
pene stabilite dalla Legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la
propria personale responsabilità (art.26 Legge n° 15/68), DICHIARA l'assenza di
procedimenti penali pendenti.

FIRMA

Data,

N.B.: Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base
delle dichiarazioni non veritiere.