

Marca da bollo
€ 16,00



Domanda di cancellazione

**AL PRESIDENTE
OPI AGRIGENTO**

Il/La sottoscritto/a _____

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

residente in _____ prov. ()

Via/Piazza _____ n. _____ Cap _____

Tel. _____ Cellulare _____ e-mail _____

PEC _____

Codice fiscale _____

Dipendente _____

(se dipendente, indicare in quale Azienda o struttura sanitaria)

Chiede la cancellazione dall'albo professionale degli

INFERMIERI

INFERMIERI PEDIATRICI

tenuto dal su intestato OPI di Agrigento, in quanto non eserciterò più la professione

per i seguenti motivi _____

DICHIARO

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445 che non svolgerò in futuro alcuna attività o prestazione di natura infermieristica, sia a livello libero professionale che di volontariato.

Sono inoltre consapevole che qualsiasi attività infermieristica svolta senza la necessaria abilitazione è perseguibile per esercizio abusivo della professione.

si allega copia documento di identità

Agrigento, li _____

IL DICHIARANTE _____

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)