

(Marca da Bollo da € 14.62)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Spett. Collegio Ostetriche Della Provincia di _____
Il/La sottoscritta/o Ost. _____
nata/o a _____ Prov. _____ il _____
residente a (Comune) _____ Prov. _____
in via _____ N° _____
iscritto/a all'Albo delle Ostetriche della Provincia di _____
al n° _____

CHIEDE

La cancellazione dall'ALBO di codesto Collegio ai sensi dell'articolo 11, lettera D), del DLCPS 233/46, con decorrenza dal 01/01/20__ per (specificare il motivo):

- Cessazione dell'attività professionale per (specificare: pensionamento, ecc) _____
- Altro (specificare) _____

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- Che non intende esercitare la libera professione;
- Di essere in regola con il pagamento delle quote Albo;
- Altro (specificare) _____

Ai sensi e per gli effetti della Legge n° 15/1968 e della Legge n° 127/97 e successive modificazioni ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, 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.

Data _____

Firma del dichiarante _____

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