

Domanda di cancellazione

(in bollo da € 16,00)

Spett.le Ordine della Professione Ostetrica Interprovinciale di Genova e La Spezia

La sottoscritta _____ nata a _____
il _____ residente in _____ via _____
n. _____ cap _____ codice fiscale _____ iscritta
all'Albo delle Ostetriche di con il numero _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lettera d, del DLCPS
233/46, con decorrenza dal 1/1/20 _____

Per (specificare il motivo):

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

La sottoscritta dichiara:

- che non intende esercitare la libera professione
- di essere in regola con il pagamento delle quote annuali
- altro (specificare) _____

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

Firma

Data _____

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

Identificata con documento n. _____

Vista firmare _____
(Qualora la domanda venga inviata per posta raccomandata A.R. allegare copia documento di identità)