



**MODALITA' PER PRESENTARE REGOLARE DOMANDA DI CANCELLAZIONE
DALL'ALBO DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PADOVA.**

1 – DOMANDA DI CANCELLAZIONE (in carta legale ai sensi di legge) CONTESTUALE AD AUTOCERTIFICAZIONE nella quale si dichiara di non svolgere più attività infermieristica.

(MODULO ALLEGATO)

DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- a) **TESSERA DI RICONOSCIMENTO** rilasciata al momento dell'iscrizione all'Albo.
- b) **FOTOCOPIA DELLA RICEVUTA RELATIVA AL PAGAMENTO DELLA QUOTA DELL'ANNO IN CORSO**

**LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DEVE PERVENIRE ALL'ORDINE
INDEROGABILMENTE ENTRO IL 15 NOVEMBRE DELL'ANNO IN CORSO
DOPO TALE TERMINE IL CONSIGLIO DIRETTIVO, ESAMINATA LA
RICHIESTA, NE DELIBERA LA CANCELLAZIONE A TUTTI GLI EFFETTI PER
L'ANNO SUCCESSIVO.**

Si ricorda di apporre sulla domanda la marca da bollo da € 16,00

**L'Ordine provvederà a comunicare l'avvenuta cancellazione
all'interessato ed a tutte le autorità ed enti competenti.**

Marca da bollo
€ 16,00

AL PRESIDENTE
ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI PADOVA
VIA G.ROSSA, 35
35020 PONTE S. NICOLO' (PD)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente a CAP _____ CITTA' _____

Via _____ tel. _____

iscritto/a all'Albo degli Infermieri Infermieri Pediatrici

con numero di matricola _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo per i seguenti motivi

A tal fine ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445 e s.m.i.

DICHIARA

DI NON SVOLGERE PIÙ ATTIVITÀ INFERMIERISTICA.

- Allega:
- 1 Tessera di riconoscimento
 - 2 Copia della ricevuta pagamento quota anno in corso

Con osservanza.

data _____

Firma _____