

Domanda cancellazione dall'albo

(bollo € 16,00)

Spett. Ordine della Professione di Ostetrica

Della Provincia di Siracusa

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.

Firma _____

Data _____

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