

Domanda cancellazione

bollo € 16,00

Al Presidente dell'Ordine della Professione di Ostetrica di Siracusa

Il/la sottoscritto/a

Ost. _____ nato/ail ____/____/____ a

_____ prov. _____

residente a _____ prov. _____ in via _____ n° _____

chiede

La cancellazione dall' Albo degli Ostetrici per il seguente motivo:

Pensionamento

Non esercito la professione Ostetrica

Altro _____

Pertanto, consapevole che la cancellazione dall' Albo vieta l'esercizio della professione, in regime di dipendenza, libero professionale e in regime di volontariato presso associazioni ed enti volontaristici.

A tal fine il sottoscritto/a dichiara:

1. consapevole delle pene previste per l'esercizio abusivo della professione sanitaria ostetrica di non esercitare più la professione di Ostetrico/a;
2. di non avere procedimenti disciplinari in corso;
3. di non essere moroso/a nei confronti di detto Ordine;
4. di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti;
5. di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Dlgs 196/2003 .

Data ____/____/____

Firma
