

Marca da bollo
16,00 €

Spett. le Ordine Ostetriche della Provincia di Salerno

Via Clemente Mauro, 13

84123 Salerno

La/Il sottoscritta/o Ost.a/o _____

C.F. _____ nata/o a _____

Prov. _____ il ____ / ____ / ____

Residente a _____ in via _____

cap _____ Prov. _____

Iscritta/o presso l'Ordine in data _____ al n° _____

CHIEDE

di essere cancellata/o dall'Albo Professionale delle Ostetriche della Provincia di Salerno ai sensi dell'articolo n. 11 lettera D del D.Lgs CPS 233/46 per

- Cessazione dell'attività professionale (specificare: pensionamento, ecc...)

- Altro: _____

DICHIARA

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

Ai sensi e per gli effetti della Legge n. 15/1968 e della Legge n. 127/1997 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° 15/1968), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Luogo e data, _____

Firma

N.B. Allegare copia del documento di identità e la copia degli ultimi tre (3) pagamenti/saldo ruoli.