

## ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI COMO

\_ l \_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

iscritt \_ all'Albo Professionale degli \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DA CODESTO ALBO con decorrenza \_\_\_\_\_

**A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445)**

### DICHIARA

- di aver cessato l'attività professionale come dipendente pubblico o privato dal \_\_\_\_
- di non esercitare attività libero - professionale
- di non esercitare attività di volontariato
- Di essere in regola con la quota di iscrizione dell'anno in corso

Allego alla presente la tessera di riconoscimento dell'Ordine.

firma

data \_\_\_\_\_

MARCA DA BOLLO € 16,00
------------------------------