

ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI COMO

_ l _ sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____

residente in _____ CAP _____

via _____ n° _____

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

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DA CODESTO ALBO

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:

- Tessera di riconoscimento dell'Ordine
- Fotocopia della Carta di Identità/CIE (solo per invio mezzo Raccomandata)

Ho preso visione delle informazioni in materia di trattamento dei dati ai sensi del GDPR 679/2016 e D.LGS. 196/2003, così come modificato dal DLGS 101/2018, e presto il consenso al trattamento dei dati personali. Le informazioni complete sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ordine alla sezione "Informativa Privacy dell'Ordine".

firma

data _____

MARCA DA
BOLLO
€ 16,00