

Ordine della Professione Ostetriche della Provincia di Caserta

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ORDINE PROFESSIONALE E
CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE (IN BOLLO DA € 16,00)

Il presente modulo deve essere presentato entro e non oltre il 30 Novembre dell'anno in corso. La cancellazione sarà valida a partire dal 1 Gennaio dell'anno successivo.

All'Ordine della Professione Ostetrica della Provincia di Caserta

La/il sottoscritta/o _____
codice fiscale n. _____

In possesso del Diploma di Ostetrica/o conseguito presso l'Università di _____
nell'anno accademico _____

C H I E D E

di essere cancellata/o dall'Ordine della Professione Ostetrica della Provincia di Caserta.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modifiche ed integrazioni, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA:

- di essere nata/o a _____ il _____
 - di essere residente a _____ prov _____
 - Via/piazza _____ n _____
 - tel. _____ cell. _____
 - E-mail _____
 - di essere cittadina/o _____
- di essere in regola con il pagamento delle tasse esattoriali dell'Ordine (per gli anni passati e per l'anno in corso);
di aver cessato l'attività professionale dal _____
altri motivi di cancellazione dall'Ordine _____
In fede

Luogo, data _____

Identificata/o con il documento in corso di validità
_____ n _____

Il Presidente

IN ALLEGATO COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'