

DOMANDA DI RICHIESTA CANCELLAZIONE ALL'ALBO

MARCA DA BOLLO
€ 16.00

*Al Presidente dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Palermo
Via D. Manin, 7
90139 Palermo*

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero

DICHIARA

(barrare le caselle interessate)

- ✓ Di essere nato/a, a _____ il _____
- ✓ Di essere residente a _____ Via _____ n° _____
- Email: _____ PEC: _____ Tel: _____
- ✓ Di essere iscritto a codesto Ordine come:
- Infermiere – con numero d'iscrizione _____ dal _____;
 - Infermiere Pediatrico – con numero d'iscrizione _____ dal _____;
 - Di essere in regola con i pagamenti delle quote d'iscrizione all'Albo compreso l'anno in corso;
 - Di essere in quiescenza dal _____ presso l'azienda _____;
 - Di essere in possesso del tesserino d'iscrizione all'albo che allego alla presente;
 - Di non essere in possesso del tesserino d'iscrizione all'albo in quanto smarrito.

CHIEDE

(barrare le caselle interessate)

la cancellazione dall' Albo Professionale di codesto Ordine per la seguente motivazione:

- Cessata Attività (segnare in caso di quiescenza) a decorrere dal _____
- Rinuncia (specificare la motivazione e allegare autodichiarazione) _____
- Altro: (specificare la motivazione e allegare autodichiarazione) _____

Pertanto dichiaro di cessare l'esercizio della professione sotto qualsiasi forma e assicuro inoltre di non svolgere nessuna prestazione professionale, sia come dipendente, sia a livello libero-professionale, sia di volontariato.

Data _____

Firma _____

Elenco documenti per la cancellazione all'Albo **Informativa per la cancellazione**

Informiamo che la domanda di cancellazione all'albo deve essere presentata presso la segreteria dell'OPI Palermo – Via D. Manin, 7 – Palermo il LUN-MER-VEN dalle ore 16.00 alle ore 18.30 (consigliamo di visionare il sito prima di recarsi in sede per eventuali chiusure straordinarie) oppure a mezzo raccomandata.

Alla domanda di cancellazione devono essere allegati:

- ❖ **Fotocopia di un documento di riconoscimento valido;**
 - ❖ **Tesserino di iscrizione all'albo professionale (in caso di smarrimento barrare la casella interessata)**
 - ❖ **Eventuale certificazione comprovante la cessazione della professione infermieristica se si tratta di rinuncia o altro;**
 - ❖ **Fotocopia bollettino anno in corso;**
 - ❖ **Marca da bollo euro 16.00.**
-
- **La domanda deve pervenire entro la data del 31 Dicembre dell'anno corrente per non pagare la quota d'iscrizione dell'anno successivo**
 - **Alla presentazione della domanda di cancellazione, tutte le quote annuali pregresse devono essere regolari.**
 - **Le domande pervenute diverse dalla modulistica corrente e/o non complete da tutta la documentazione non verranno accettate**

Data

Firma
