

**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**

---

---