

Prot.

Viterbo,

AL PRESIDENTE

ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI VITERBO

Via G. MATTEOTTI, 38

Tel 0761-1702390 fax 0761-1702379

**Oggetto: Domanda di Cancellazione dall'Albo**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

Via (piazza ) \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

iscritto a Codesto Ordine in qualità di:

**Infermiere**

**Infermiere Pediatrico**

**CHIEDE**

La cancellazione dall'Albo Professionale della provincia di Viterbo per i seguenti motivi:

[ ] Pensionamento

[ ] Cambio qualifica (specificare) \_\_\_\_\_

[ ] Altro \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza di non poter svolgere la relativa attività professionale né quale libero professionista, né quale lavoratore dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati.
- di essere informato e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 26 L.15/1968 per falsità di atti o dichiarazioni mendaci e autorizza l'Ordine Professioni Infermieristiche di Viterbo alla raccolta al trattamento dei propri dati ai sensi della L. 675/1996.

Allega:

- 1 marca da bollo vigente;
- fotocopia del documento d'identità fronte retro firmata e datata;
- tesserino di riconoscimento
- Altro \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_  
**(La presente dichiarazione non necessita della autenticazione della firma)**