

All'Ordine Professioni
Infermieristiche
Centro Direzionale Theate
Center Via Spezioli 16
66100 Chieti



Certificato n. 24640/11/S

Marca
da bollo
€ 16,00

CANCELLAZIONE ALBO PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n° _____

iscritto/a all'Albo INFERMIERI INF. PEDIATRICI tenuto dall'OPI di Chieti al n° _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, consapevole della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75-76 DPR n° 445/2000)

DICHIARA

DI NON ESERCITARE L'ATTIVITA' PROFESSIONALE A FAR DATA DAL _____
SOTTO QUALSIASI FORMA, COMPRESSE LE ATTIVITA' DI VOLONTARIATO.

CHIEDE

pertanto la cancellazione dall'Albo Professionale da farsi valere per l'anno _____

La cancellazione può aver luogo contestualmente alla chiusura della propria casella PEC assegnata dall'OPI

Data _____

Firma

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto apposita informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 ed aver preso visione dei diritti attribuiti dagli artt. 15 - 22 del Regolamento stesso, in relazione ai propri dati personali e dichiara altresì di aver compreso quanto in essa indicato prestando il consenso al trattamento nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa

Firma

N.B. – La domanda deve essere presentata all'OPI, anche a mezzo raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di cancellazione dall'Albo.

Non può essere chiesta la cancellazione dall'Albo prima della collocazione effettiva in quiescenza.

ALLA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DEVE ESSERE ALLEGATO IL TESSERINO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO.