

_ l _ sottoscritt _____ nat _ a _____
_____ il _____
residente in _____ via _____ n° _____
iscritt _ all'Albo Professionale delle Ostetriche dal _____ al n° _____

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALL' ALBO

con decorrenza _____ e a tal fine

DICHIARA

di aver cessato l'attività professionale come dipendente pubblico o privato dal _____

di non esercitare attività libero - professionale

di non esercitare attività di volontariato

di essere in regola con le quote di pagamento

di assumersi ogni responsabilità derivante dalle suindicate dichiarazioni.

Ai sensi e per gli effetti della Legge n°15/1986 e della Legge n°127/97 e successive modificazioni ed integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.26 Legge n°15/68), dichiara l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Allego alla presente la tessera di riconoscimento del Collegio.

Como, _____

Firma _____

N:B.Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

MARCA DA
BOLLO
€ 16,00