

Marca da bollo
da €16,00



Al Presidente
Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cagliari

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/ a _____
Il _____ residente a _____
Via/Piazza _____ n° _____ regolarmente iscritto/a
presso codesto Ordine Professionale in qualità di _____
dal _____ al n° _____ dell'albo.

CHIEDE

La cancellazione dall'albo Professionale in quanto _____
(specificare il motivo), e pertanto sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di non svolgere a venire alcuna prestazione infermieristica sia a livello professionale sia quale lavoratore dipendente nell'ambito dei rapporti di lavoro subordinato pubblico o privato, sia di volontariato.

Allega certificato di fine servizio o autocertificazione firmata

- Consegna la tessera di riconoscimento

Firma

Cagliari _____

N.B. La cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione per l'anno in corso, ma solo per l'anno successivo se presentata prima dell'emissione dei ruoli nel mese di settembre, così come deliberato dal Consiglio Direttivo