



MODELLO MOD A SP 03
MODELLO
CANCELLAZIONE

Rev. 1 (Rev 1 a 07/01/2012)
Pag. 1 (Rev 6 a 24/7/2019)

bollo euro 16,00

Al Presidente
Ordine Infermieri La Spezia

Oggetto: richiesta di cancellazione per rinuncia all'Albo professionale (art.11, lettera d, D.L.C.P.S. 19 settembre 1946, n°233)

__l__ sottoscritt__ dott__ _____

Nat__ il _____ a _____ (____)

e residente a _____

via _____ n° _____

telefono _____

quale iscritt__ all'Albo Professionale di La Spezia in qualità di _____ ed in regola con le tasse d'iscrizione

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale della Provincia di La Spezia di:

Infermieri Infermieri Pediatrici

per il seguente motivo : _____

Inoltre dichiara che non svolgerà la relativa attività professionale né quale libero professionista, né quale lavoratore dipendente, nell'ambito dei rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati, né quale volontario.

la Spezia _____

Firma

Allego fotocopia di _____ (documento valido)

Consegno Tessera d'iscrizione al Collegio /Ordine professionale (già IPASVI)

Consegno RICEVUTA pagamento 17 (diciassette) euro versati su c/c bancario

IBAN IT62U0623010727000040552765 intestato a Ordine Infermieri

La Spezia c/o CREDIT AGRICOLE con causale: "cancellazione".

NB la marca da bollo è dovuta per disposizione normativa, su precisa indicazione federale.