



MODELLO MOD A SP 03
MODELLO
CANCELLAZIONE

Rev. 1 (Rev 1 a 07/01/2012)
Pag. 1 (Rev 8 a 9/4/2021)

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 _____ CAP _____

telefono _____

quale iscritt__ all'Albo Professionale dell'OPI La Spezia in qualità di _____ ed in regola con le tasse d'iscrizione (inclusi eventuali more legate a ritardati versamenti delle quote previste: **ATTENZIONE perché il sospeso delle tasse degli anni precedenti emesse da OPI La Spezia deve essere, al momento della presentazione della domanda, pari a zero euro.**)

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale della Provincia della 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, e sono consapevole di dover corrispondere per intero la tassa per l'anno in corso, poiché la quota parte prevista per il contributo alla Federazione è già stata versata.

La Spezia _____

Firma

Allego fotocopia di _____

(documento valido)

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

NB la marca da bollo è dovuta per disposizione normativa, su precisa indicazione federale, e non è stata stabilita da questo Direttivo.