

Al Presidente del  
Ordine delle Professioni Infermieristiche  
di Grosseto

Oggetto: richiesta di cancellazione dall'Albo Professionale

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, consapevole della  
responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque  
non corrispondente al vero, dichiara:  
di essere nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e di essere residente in \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ e di aver prestato  
servizio presso \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_, di  
essere iscritto/a codesto Ordine delle Professioni Infermieristiche in qualità di  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo Professionale per cessata attività pertanto

DICHIARA

**Che non svolgerà attività professionale né quale libero professionista, né quale  
lavoratore dipendente nell'ambito dei rapporti di lavoro subordinato pubblici o  
privati, né quale volontario**

Alla presente allega tessera di iscrizione all'Ordine n° \_\_\_\_\_, copia del  
versamento della tassa annuale e fotocopia della carta d'identità.

Con osservanza  
\_\_\_\_\_

Grosseto li \_\_\_\_\_