

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 _____