ISTANZA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

MARCA DA
BOLLO
€ 16,00

Al Presidente dell'Ordine
delle Professioni Infermieristiche
di Treviso
Via Sile, 17/B

31057 SILEA (TV)

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà:

Io sottoscritto/a _____
consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, dichiaro di essere:

- nato/a il _____a _____
- residente in Via/Piazza_____
- cap_____città _____

chiedo a codesto Ordine la cancellazione dall'Albo degli:

Infermieri ☐ Infermieri Pediatrici/Vigilatrici d'Infanzia ☐

A tal proposito dichiaro, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 che:

**NON ESERCITO PIU' LA RELATIVA ATTIVITA' (IN ITALIA)**
**NE' QUALE VOLONTARIO, NE' QUALE LIBERO PROFESSIONISTA,**
**NE' QUALE LAVORATORE DIPENDENTE**

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lsg. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allego copia fotostatica di entrambe le facciate della mia carta d'identità, copia del bollettino tassa pagata dell'Anno in corso e tessera di riconoscimento rilasciata al momento dell'iscrizione.

Data_____

Firma_____

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 28.12.2000 n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**N.B.: la domanda di cancellazione completa della documentazione prevista deve pervenire all'Ordine entro il 30 novembre dell'anno in corso; oltre tale termine l'iscritto/a viene inserito/a a ruolo per l'anno successivo.**