

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

Marca da Bollo
€ 16,00

**Spett.le
Ordine della Professione di
Ostetrica della Provincia di
MANTOVA**

Il/La sottoscritto/a Ost _____
Nata a _____ il _____
residente a _____
in Via _____ n° _____ CAP _____
iscritta/o all'Albo delle Ostetriche della Provincia di Mantova al n° _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo di codesto Collegio, ai sensi dell'Art. 11/D, del DLCPS 233/46, con decorrenza dal 01/01/20___, per :

- Cessata attività professionale
- Altro: _____

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- Che non intende esercitare la Libera Professione.
- Di essere in regola con i pagamenti delle Quote di Iscrizione all'Albo fino a tutto l'anno corrente.**
- Altro (specificare) _____

Ai sensi e per gli effetti della Legge n° 15/1968 e della Legge n° 127/97 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.26 Legge n° 15/68), DICHIARA l'assenza di precedenti penali pendenti

Data _____

Firma _____

N.B. Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.