



Marca da
bollo

€16,00

**AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE delle PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI SALERNO**

__l/L__ sottoscritt__
chiede la **CANCELLAZIONE** dall'OPI come

INF	INF PED
-----	---------

tenuto da codesto Ordine per (motivo)_____

A tal fine, consapevole delle responsabilità per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/00)

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

- 1) di essere nat_ il _____ a _____ prov. _____
- 2) di essere residente in _____ cap _____ prov _____
via _____ n° _____
recapito telefonico _____ recapito cellulare _____
- 3) di essere domiciliato a (solo se diverso dalla residenza) _____
cap _____ prov _____ via _____ n° _____ tel. _____
- 4) codice fiscale _____
- 5) che non svolgerà la relativa professione nè quale libero professionista, nè quale lavoratore dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati, nè quale volontario

Allega altresì:

- a) Copia quietanza di pagamento anno _____;
- b) Tessera d'iscrizione;
- c) Copia tesserino pensione o comunicazione dell'A.S.L. di appartenenza (cancellazione per pensionamento);
- d) Certificato di servizio (cancellazione per cambio qualifica);

_____ li _____

_____ _l_ dichiarante (firma leggibile)

Ai sensi dell'art.3 comma 11, attesto che la sottoscrizione della dichiarazione resa è stata apposta in mia presenza dal dichiarante preventivamente ammonito sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

_____ L'impiegata Addetta