

ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI IMPERIA
VIA ARGINE DESTRO 193
18100 IMPERIA



DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

__l__ sottoscritt__ _____

nat_ a _____ () il _____

Residente in _____ CAP _____

Via/P.zza _____

Iscritto all'Albo Professionale in qualità di

Infermiere Infermiere Pediatrico

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale

- Per limiti d'età, essendo andata in pensione dal _____
- Per cambio qualifica, esercitando come _____
- Per motivi di salute

Alla presente allega i seguenti documenti:

- Tessera di iscrizione Albo
- Altro _____

DICHIARA

di essere a piena conoscenza che la cancellazione dall'Albo implica l'impossibilità legale di esercizio della professione in qualunque delle forme di attività di dipendenza pubblica, o privata, o autonoma, o volontaria, e sono consapevole di dover corrispondere per intero la quota associativa per l'anno in corso ed eventuale morosità per gli anni precedenti. OPI Imperia precisa, che al momento della presentazione della domanda, è necessario avere saldato tutte le quote associative, diversamente la richiesta di cancellazione non elimina il debito che sarà riscosso tramite i canali consentiti dalla legge.

Data _____

Firma _____