

Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Vicenza
Viale Trieste 29/c - 36100 Vicenza

Marca bollo € 16,00

Luogo, _____ data _____

Oggetto: domanda di cancellazione dall'Albo.

Io sottoscritto/a _____,

nata/o a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

Via _____,

Tel./Cell. _____; Mail _____,

CHIEDO

La cancellazione dall'Albo professionale degli: (barrare l'Albo di appartenenza)

Infermieri Infermieri Pediatrici

per: (indicare la motivazione es. "cessata attività"; oppure "trasferimento all'estero"; ...)

_____.

- Dichiaro la cessazione della attività professionale dalla data del _____.
- Dichiaro inoltre di non svolgere più la professione sanitaria sia in forma di lavoro dipendente, sia di lavoro autonomo e sia di volontariato.

Allego:

- copia documento identità.
- copia versamento quota iscrizione Albo anno in corso
- copia lettera di dimissioni dell'Ente dal quale si era dipendenti o documentazione attestante lo stato di quiescenza.

Cordiali saluti.

Firma
