



DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

(Bollo € 16,00)

Spett.le

Ordine Interprovinciale della Professione Ostetrica della Provincia di Modena e Ferrara
Sede: 41125 Modena - Via Fratelli Rosselli n°150/M

Il/La sottoscritta/o.....,

nato/a a.....Prov.....il.....

residente a (Comune).....Provincia.....

in via.....N°.....,

iscritto/a all'Albo delle Ostetriche di al n°.....,

CHIEDE

la cancellazione dall'albo di codesto Ordine, ai sensi dell'articolo 11, lettera D), del DLCPS 233/46, con decorrenza dal

per (specificare il motivo)

- Cessazione dell'attività professionale per (specificare: pensionamento, ecc)

.....

- Altro (specificare)

.....



Il/la sottoscritto/a dichiara:

- Che non intende esercitare la libera professione
- Di essere in regola con il pagamento delle quote Albo
- Altro (specificare).....

Ai sensi e per gli effetti della Legge n° 15/1968 e della Legge n°127/97 e successive, allega:

- copia della ricevuta di pagamento quella quota annuale di iscrizione;
- Tessera di riconoscimento rilasciata al momento dell'iscrizione;
- Fotocopia documento di identità.

Data

Firma