

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

Marca da
€ 16,00

**Spett.le
Collegio delle Ostetriche
della Provincia di
MANTOVA**

Il/La sottoscritto/a
Nata a il
residente a.....
in via n°.....
iscritta/o all'Albo delle Ostetriche della Provincia di Mantova .al n°.....

CHIEDE

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

- Cessata attività professionale
- Altro.....

La sottoscritta/o 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.

La domanda di cancellazione dall'Albo Professionale deve pervenire all'OPO di MN
Entro il 31 luglio dell'anno corrente.