

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE E
CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE
(in bollo da € 16,00)

*Il presente modulo deve essere presentato entro e non oltre il 30 Novembre dell'anno in corso.
La cancellazione sarà valida a partire dal 1 Gennaio dell'anno successivo.*

All'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Catania

La/il sottoscritta/o
codice fiscale n.

In possesso della Laurea in Ostetricia conseguita presso l'Università di

nell'anno accademico

CHIEDE

di essere cancellata/o dall'Albo delle Ostetriche di Catania.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modifiche ed integrazioni, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di dichiarazione mendace, dichiara:

- di essere nata/o a il
- di essere residente aprov.....
- Via/piazzan.....
- tel..... cell.
- E-mail.....
- di essere cittadina/o
- di essere in regola con il pagamento delle tasse esattoriali dell'Ordine (per gli anni passati e per l'anno in corso); di aver cessato l'attività professionale dal altri motivi di cancellazione dall'Albo.....

Catania,

In fede

.....

“Identificata/o con il documento n.
in corso di validità e visto firmare”