



Ordine delle professioni infermieristiche di Trapani

via Convento San Francesco di Paola, 56 - 91016 Erice Casa Santa (TP)
Tel. 0923/532103 – Fax. 0923/1982028 - e-mail: opitrapani@gmail.com
PEC: opitrapani@arubapec.it

Marca da Bollo Euro 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE ALBO

Prot. n. _____

Data ____/____/____

Egr. Sig. Presidente dell'OPI TRAPANI
via Convento S. Francesco di Paola, 56
91016 – Erice Casa Santa (TP)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

via _____ n. _____

Recapito telefonico _____ iscritto/a all'Albo _____

con n. di iscrizione _____

CHIEDE

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 76 DPR del 28/12/2000 n. 445

la cancellazione dall'albo professionale da codesto O.P.I. come _____ (specificare se trattasi di Infermiere, Infermiere Pediatrico), per _____

_____ (**indicare la motivazione: cessata attività/per pensionamento/cambio attività**).

Il/la sottoscritto/a dichiara di cessare l'esercizio della professione Infermieristica sotto qualsiasi forma, e assicura inoltre di non svolgere, a venire, alcuna prestazione infermieristica, sia come dipendente, sia a livello libero-professionale, sia di volontariato, senza prima aver presentato una nuova domanda di iscrizione all'Albo di competenza ed essere stato/a effettivamente iscritto/a con Delibera di Consiglio Direttivo

Dichiaro di essere in regola con i pagamenti degli anni precedenti e di aver versato la quota dell'anno in corso.

Si allega:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (in allegato pag. 2);
- Tessera di iscrizione all'O.P.I. di Trapani in originale n° _____ (*se è stata smarrita denuncia ai Carabinieri di smarrimento*);
- Fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

Il/La dichiarante _____
(firma leggibile e per esteso)

N.B. - Non può essere chiesta la cancellazione prima della collocazione effettiva in quiescenza e se non si è in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Albo (compreso l'anno in corso)

La domanda dovrà essere redatta in tutte le sue parti, alla quale dovrà essere apposta un marca da bollo da € 16,00.

La domanda, scannerizzata esclusivamente in formato PDF, completa di allegati e con l'avvenuto annullamento della marca da bollo dovrà essere inviata a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo : opitrapani@arubapec.it, e successivamente dovrà essere spedita a mezzo raccomandata al seguente indirizzo : OPI Trapani – Via Convento San Francesco di Paola, 56 (C.S.) – 91016 Erice.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____,

Codice Fiscale _____ residente a _____

(____) in via/piazza/corso _____ N _____,

consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (art. 476 e ss c.p.) e delle leggi speciali in materia,

DICHIARO

☐ Cessata Attività: a decorrere dal ____/____/____ Ente _____
Via _____ Luogo _____ Prov. (____);

☐ Pensionamento: a decorrere dal ____/____/____
Ente _____ Via _____
Luogo _____ Prov. (____);

☐ Per cambio Attività: a decorrere dal ____/____/____
Attività _____

.....
(luogo e data)

.....
(firma leggibile e per esteso)