

Domanda di cancellazione dall'Albo Professionale delle Ostetriche della Provincia di L'Aquila.

Marca da bollo in corso di validità

Spett.le Collegio Ostetriche
della Provincia di L'Aquila
Via Piccolomini, 8
67100 - L'Aquila (AQ)

La/Il sottoscritta/o Ost.a/o _____ C.F. _____
nata/o a _____ Prov. _____ il ____/____/____ residente a
_____ cap _____ Prov. _____ in via _____
iscritta/o presso il Vostro Collegio in data _____ al n° _____

chiede

a codesto Consiglio di essere cancellata/o dall'Albo Professionale delle Ostetriche della Provincia di L'Aquila ai sensi dell'articolo n. 11 lettera D del D.Lgs CPS 233/46

per

Cessazione dell'attività professionale (specificare: pensionamento, etc...)

Altro: _____

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. 127/1997 e successive modificazioni 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° 15/1968), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

L'Aquila, _____

Firma _____