

Fac-simile della domanda di cancellazione dall'Albo Professionale delle Ostetriche della Provincia di L'Aquila. (in carta da bollo legale)

Spett.le Collegio Ostetriche
della Provincia di L'Aquila
Piazza Simon Bolivar, 10
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
