

MARCA
DA
BOLLO
16,00

ISTANZA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche
di Milano, Lodi, Monza e Brianza
Corso di Porta Nuova 52
20121MILANO

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà:

Io sottoscritto/a

**consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di
dichiarazione falsa dichiaro di essere:**

- nato/a _____ il _____
- residente in Via/Piazza _____
- cap _____ città _____

Chiedo a codesto Ordine la cancellazione dall'Albo di:

infermiere infermiere pediatrico

A tal proposito dichiaro, ai sensi dell'art. 4 legge 4.1.1968 n. 15 che:

**NON ESERCITO PIU' LA RELATIVA ATTIVITA' (IN ITALIA)
NE' QUALE VOLONTARIO, NE' QUALE LIBERO PROFESSIONISTA,
NE' QUALE LAVORATORE DIPENDENTE**

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lsg. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allego copia fotostatica di entrambe le facciate della mia carta di identità.

Firma non autenticata ai sensi legge 16.6.1998 n. 191, art. 11.

Data, _____

firma _____
firma per esteso del dichiarante

Spazio riservato alla Segreteria dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche