



**Alla Presidente
dell'Ordine della Professione di Ostetrica
di Cagliari e delle Province di Nuoro
Oristano e Sud Sardegna
Via Masaniello n. 34 09134 Cagliari**

Richiesta di cancellazione dall'Albo Professionale

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale: _____

residente in _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ e-mail _____

chiede la cancellazione dall'Albo Professionale di Codesto Ordine, per la seguente motivazione:

- pensionamento dal ASL o altro Ente**
- di non esercitare la professione di ostetrica presso Enti Pubblici e Privati**
- di non esercitare la libera professione**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- di essere in regola con il pagamento delle Quote Albo**

(data)

(firma)

La/il sottoscritta/o, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n.445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

firma)

Allega alla presente fotocopia documento d'identità in corso di validità, fotocopia Tessera Sanitaria, ricevute avvenuto versamento Quote Albo ultimi tre anni.