

ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
OPI PESARO-URBINO
DOMANDA CANCELLAZIONE

Marca da Bollo
Euro 16,00

Al Presidente
dell'OPI Pesaro Urbino
Corso XI Settembre, 115
61121 PESARO

Oggetto: Domanda di Cancellazione dall'Ordine Professioni Infermieristiche-OPI Pu

Il sottoscritt _____ nat _____ a
_____ il _____ e residente in Via/P.zza
_____ n° _____ Comune _____ Prov.
_____ Cap. _____ Tel. _____ in qualità di _____ iscritt _____

all'Ordine Professioni Infermieristiche -OPI di Pesaro-Urbino, con la presente

CHIEDE

di essere CANCELLATA/O dall'OPI per RINUNZIA.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/00 n.445)

DICHIARA

- ◆ di essere nat_ il _____ a _____ prov. _____ ;
- ◆ di essere residente in Via/P.zza _____ Comune _____ prov. _____ ;
- ◆ di non esercitare la professione di (Infermiere Professionale/Assistente Sanitario/Vigilatrice d'Infanzia) _____ per (Pensionamento/cambio attività lavorativa/...) _____ dal _____, avendo lavorato in qualità (IP/AS/VI) _____ fino al _____ presso la seguente struttura (pubblica/privata) _____.

Pesaro, _____

Il /la Dichiarante _____

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DOVRA' PERVENIRE ENTRO IL 31 DICEMBRE DI OGNI ANNO, CON MARCA DA BOLLO (€16,00) E MOTIVAZIONE MATURATA ENTRO LA STESSA DATA, PER AVER DIRITTO A NON PAGARE LA TASSA OPI RELATIVA ALL'ANNO SUCCESSIVO ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA .