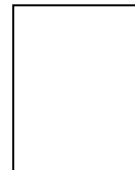




Marca da bollo  
16 €



## DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Al Presidente dell'OPI di Pesaro-Urbino  
Corso XI settembre 115  
61121, Pesaro

**Oggetto: domanda di cancellazione dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pesaro-Urbino**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ in qualità  
di \_\_\_\_\_ iscritt\_ all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pesaro-Urbino

### CHIEDE

Di essere cancellato/a dall'OPI per rinuncia

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\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente via/piazza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_
- di non esercitare più la professione di \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_, avendo lavorato in qualità di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ presso la seguente struttura \_\_\_\_\_

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