

**DA REDIGERSI IN
BOLLO DA € 16,00**

(Applicare in questo spazio)

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA
O.P.I.

**AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI GENOVA
PIAZZA DANTE 9/12 - 16121 GENOVA**

**OGGETTO: RICHIESTA DI CANCELLAZIONE PER RINUNCIA DALL'ALBO
PROFESSIONALE** (Art. 11, lett d, D.L.C.P.S. 13.09.1946, n. 233)

Il sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____ e residente a _____
via _____ n° _____ cap _____
INDIRIZZO PEC _____

iscritt_ a codesto Ordine delle Professioni Infermieristiche in qualità

di _____ **cellulare** _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale di Genova per i seguenti motivi:

- RINUNCIA/DIMISSIONI DAL ___/___/___ (giorno mese anno)
- CESSATA ATTIVITA' ___/___/___ (giorno mese anno)
- TRASFERIMENTO ALL'ESTERO _____
- ALTRO _____

e pertanto

DICHIARA

di essere a conoscenza di non poter svolgere la relativa attività professionale né quale libero professionista, né quale lavoratore dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati.

Dichiara infine di essere informato e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.26 della Legge 15/1968 per la falsità degli atti o le dichiarazioni mendaci e autorizza l'ORDINE alla raccolta e al trattamento dei propri dati ai sensi del D.Lgs. 30.6.2003, n. 196. **La pec gratuita OPI in circa un mese dalla cancellazione dall'albo verrà disabilitata e non si potrà più accedere alle pecmail e allo storico. Invitiamo quindi a provvedere a scaricare quanto ritenuto importante prima di tale periodo. Non verrà fornita alcuna indicazione rispetto alla data di disattivazione effettiva della casella, trascorso il termine sopraindicato.**

Allega, a corredo, la seguente documentazione:

- fotocopia documento di identità

Genova, _____

FIRMA