

**Ordine delle Professioni Infermieristiche
di Cremona**



marca da
bollo €
16,00

Domanda di cancellazione

Al Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Cremona

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ (____) il _____ codice fiscale
_____ residente in _____
prov. _____ Via/Piazza _____ N. _____ C.A.P.
_____ Recapito telefonico _____ / _____ cellulare _____
indirizzo e-mail _____ iscritto/a all'albo

Infermieri Infermieri Pediatrici

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art.76 DPR 28/12/2000 n.445)

DICHIARA

che non sussiste nei suoi confronti alcuna delle cause preclusive della cancellazione di cui all'art. 11 del DPR 211/1950 ed in particolare che non è sottoposto/a a procedimento penale o disciplinare

DICHIARA INOLTRE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere in regola con il versamento di tutti i contributi dovuti all'Ordine compreso quello dell'anno in corso pertanto,

chiede

**la cancellazione dall'albo con decorrenza _____
Pertanto dichiara che, dopo quella data, non svolgerà più la relativa attività professionale, né quale libero professionista, né quale lavoratore dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati, né volontario.**

Cremona, _____

IL/LA DICHIARANTE

- _____
- Dal momento dell'accoglimento della domanda sino alla data di cancellazione l'iscritto/a godrà di tutti i servizi e benefici che conseguono dall'iscrizione a questo Ordine;
 - POICHE' L'ATTO DI RINUNCIA ALL'ISCRIZIONE CONTIENE UNA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA', LA RELATIVA SOTTOSCRIZIONE DEVE ESSERE APPOSTA IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO A RICEVERE LA DOCUMENTAZIONE, OPPURE, SE INVIATO PER POSTA DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO DA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO;
 - Se in possesso del tesserino di riconoscimento lo stesso dovrà essere restituito entro il termine indicato al punto (a).

L'interessato prende atto che:

- 1) Con la cancellazione dall'Ordine perderà l'abilitazione ad esercitare la professione infermieristica in tutte le forme previste dalla legge:
 - a) Lavoro dipendente;
 - b) Libera Professione;
 - c) Volontariato professionale.

- 2) Qualora, ottenuta la cancellazione, intenda procedere alla reinscrizione questa avverrà con i canoni di una prima iscrizione:
 - Tassa Concessioni Governative;
 - Quota iscrizione all'Ordine;
 - Domanda di iscrizione in marca da bollo;
 - Fotocopia documento di identità valido;
 - Fotocopia codice fiscale.

- 3) Con la cancellazione verrà disattivata la casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) rilasciata dall'Ordine Professionale (ex Collegio IPASVI) – esempio: mario.rossi@ipasvipec.cr.it

Cremona, _____

IL/LA DICHIARANTE
