

**Al Presidente dell'Ordine delle
Professioni Infermieristiche di
Bari
Viale A. Salandra 1/L
70124 Bari**

Bollo € 16,00

OGGETTO: CANCELLAZIONE DALL'ALBO.

Il/La sottoscritto.....
nato/a..... il
e residente a..... via..... n.....
telefono Email

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo di codesto Ordine in qualità di

Infermiere **Assistente Sanitario** **Vigilatrice d'Infanzia**

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità (art. 76, DPR 28.12.2000, n. 445) **DICHIARA** di non svolgere a venire alcuna prestazione infermieristica sia a livello libero professionale, sia come pubblico dipendente o come dipendente in strutture autorizzate o accreditate con il SSN o SSR, sia presso strutture private, sia in forma di volontariato, consapevole che, esercitando la professione infermieristica dopo la cancellazione dall'Albo, incorrerebbe nel reato di "**esercizio abusivo della professione**". Pertanto chiede la cancellazione per il seguente motivo:

Essendo andata/o in pensione dal _____

Per cambio della qualifica in _____

Altro _____

Alla domanda di cancellazione deve essere allegato:

1. Copia di documento di identità in corso di validità;
2. Tesserino d'iscrizione all'albo (o denuncia di smarrimento o furto rilasciata dall'autorità competente);
3. Ricevuta del versamento della tassa annuale per l'anno in corso;
4. Attestazione di cessata attività professionale o di servizio, rilasciata dall'Ente di appartenenza;
5. Altri ulteriori documenti comprovanti i requisiti per la cancellazione dall'albo.

Bari

il Dichiarante

- 1. La domanda di cancellazione deve pervenire entro il 30 novembre;**
- 2. La cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione per l'anno in corso anche se la domanda di cancellazione viene presentata il 2 di gennaio.**