

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE PER CESSATA ATTIVITA'

Al Presidente  
dell' Ordine delle Professioni Infermieristiche di Verona  
Via Ca' di Cozzi, 14/A  
37124 VERONA

Marca  
da bollo  
€ 16,00

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo

Infermieri       Assistenti Sanitari       Infermieri Pediatrici      con n. iscrizione \_\_\_\_\_

***chiede la cancellazione dall'Albo professionale per cessata attività.***

**Dichiaro di essere in regola con i pagamenti degli anni precedenti e di aver versato la quota dell'anno in corso.**

Dichiaro inoltre, sotto la mia responsabilità, di non essere impegnato/a in attività infermieristiche in regime di dipendenze, di libera professione o di volontariato.

Allego la tessera di riconoscimento (o, in mancanza della stessa, denuncia di smarrimento).

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**N.B:** La domanda di cancellazione, completa della documentazione prevista, deve pervenire all'Ordine entro il **30 novembre** dell'anno in corso; oltre tale termine l'iscritto/a viene inserito/a a ruolo per l'anno successivo.

Nel mese di dicembre il Consiglio provvederà all'evasione di tutte le domande di cancellazione pervenute nell'anno, cui seguirà la debita comunicazione all'iscritto/a.

**Se la richiesta di cancellazione viene inviata per posta, essa deve essere corredata da copia di documento d'identità valido (patente, carta di identità o passaporto) dello scrivente.**

L'Ordine è aperto al pubblico nei seguenti giorni:

Lunedì e Venerdì  
Martedì e Giovedì

dalle ore 10.00 alle ore 12.00  
dalle ore 14.00 alle ore 16.30

Telefono      045/913938  
Fax              045/914671