DOMANDA DI CANCELLAZIONE PER CESSATA ATTIVITA'

Marca
da bollo
€ 16,00

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

CAP _____ Località _____ Prov. ____

Iscritto/a all'Albo

☐ Infermieri ☐ 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	dalle ore 10.00 alle ore 12.00	Telefono	045/913938
Martedì e Giovedì	dalle ore 14.00 alle ore 16.30	Fax	045/914671