



Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Bologna

Domanda di cancellazione dall'Albo Professionale delle Ostetriche della Provincia di Bologna

Spett.le Ordine della Professione Ostetrica della Provincia di Bologna

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a

Prov. _____ il ____/____/____ residente a _____ Prov. _____

In Via _____ n. _____ c.a.p. _____

C.F. _____

Iscritto presso il Vostro Ordine in data _____ al n° _____

chiede

di essere cancellata/o dall'Albo Professionale delle Ostetriche della Provincia di Bologna ai sensi dell'articolo n° 11 lettera D del DLCPS 233/46 con decorrenza dal _____ per:
Cessazione attività professionale per (specificare: pensionamento, etc.)

Altro: _____

Dichiara

- Che non intende esercitare attività di libera professione
- Di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all' Albo anno
- Altro (specificare) _____

Ai sensi e per gli effetti della Legge n° 15/1968 e della Legge n° 127/1997 e successive modificazioni ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 Legge n° 15/1968), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Bologna, _____

Firma _____

N.B.: Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Via Scipione Dal Ferro 4 – 40138 Bologna

Tel/Fax 0516350241

www.ostetrichebologna.it

E-mail: opo@ostetrichebologna.it