

Marca da
bollo
Euro 16,00

Lucca, _____

Oggetto: Richiesta di cancellazione dall'Albo

Al Presidente dell' Ordine delle
Professioni Infermieristiche di Lucca

Via Viaccia I, 140 – S.Anna - 55100 - LUCCA

Il/la sottoscritto/a _____, nat__ a _____ il _____

residente nel Comune di _____, Via _____ n. _____

CAP _____, tel. _____, codice fiscale _____

iscritt __ all' Ordine delle Professioni Infermieristiche di Lucca nell'Albo degli _____

C H I E D E

la cancellazione dall'Albo, con decorrenza immediata, per i seguenti motivi:

D I C H I A R A

che non svolge attualmente, né svolgerà in futuro, la relativa attività professionale né quale dipendente, pubblico o privato, né come libero professionista, né sotto forma di volontariato.

Allega la seguente documentazione:

In fede _____

SI PREGA DI ALLEGARE ALLA DOMANDA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- a) fotocopia semplice della ricevuta di pagamento della quota di iscrizione all' OPI dell'anno in corso;
- b) se il richiedente è pensionato: fotocopia semplice della comunicazione del pensionamento (o documento analogo);
- c) se il richiedente svolge altra attività alle dipendenze: stato di servizio con l'indicazione delle mansioni svolte (autocertificazione se dipendente pubblico).

LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE, PER MOTIVI BUROCRATICI, DEVE ESSERE INOLTRATA ALL' OPI, IN ORIGINALE, ENTRO E NON OLTRE IL 20 NOVEMBRE.

Orario di apertura della Segreteria per la consegna dei documenti:
Giovedì ore 09.00/12.00 - 14.30 / 17.30
