



MODELLO MOD A SP 03
MODELLO
CANCELLAZIONE

Rev. 1 (Rev 1 a 07/01/2012)
Pag. 1 (Rev 4 a 5/1/2018))

bollo euro 16,00

Al Presidente
Ordine Infermieri La Spezia

Oggetto: richiesta di cancellazione per rinuncia all'Albo professionale IPASVI (art.11, lettera d, D.L.C.P.S. 19 settembre 1946, n°233)

__l__ sottoscritt__ dott_____

Nat__il_____a_____ (____)

e residente a_____

via_____ n°__

telefono_____

quale iscritt__ all'Albo Professionale di La Spezia in qualità di _____ ed in regola con le tasse d'iscrizione

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale della Provincia di La Spezia di:

Infermieri Assistenti Sanitari Infermieri Pediatrici

per il seguente motivo:_____

Inoltre dichiara che non svolgerà la relativa attività professionale né quale libero professionista, né quale lavoratore dipendente, nell'ambito dei rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati, né quale volontario.

la Spezia_____

Firma

Allego fotocopia di_____ (documento valido)

Consegno Tessera d'iscrizione al Collegio /Ordine professionale (già IPASVI)

Consegno RICEVUTA pagamento 17 (diciassette) euro versati su c/c bancario

**IBAN IT49Q0603010726000046498216 intestato a Collegio Infermieri
La Spezia c/o CARISPEZIA con causale: "cancellazione".**

NB la marca da bollo è dovuta per disposizione normativa, su precisa indicazione federale.