

Marca da bollo

da € 16.00

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Napoli

 l sottoscritt..

(cognome e nome)

Nat.. a

Prov.

il

Residente a

Prov

(città)

In

cap

(indirizzo)

Telefono

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo per la qualifica di:

Infermiere *Infermiere Pediatrico*

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla

legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale

responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

(ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445)

- Di non esercitare la professione di

Infermiere *Infermiere Pediatrico*

né presso enti pubblici o privati, né come libero professionista, né in qua-

lità di volontario, in quanto

(indicare la motivazione e se trattasi

di pensionamento indicare la data dello stesso e l'ente presso cui si la-

vorava)

- (eventuali altre dichiarazioni)

Allega:

a) *Fotocopia della Carta d'identità in corso di validità;*

b) *tesserino rilasciato dall'Ordine*

c) *denuncia di smarrimento o furto del tesserino rilasciata dall'autorità competente;*

d) *(Altro)*

Data

Firma