

(Bollo da € 16,00)

ALL'ORDINE DELLE OSTETRICHE

VIALE UMBERTO, 112

07100 SASSARI

La sottoscritta Ost. _____

nata a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n° _____

Iscritta all'Albo delle Ostetriche della provincia di Sassari al numero _____ dal _____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo di codesto Ordine, ai sensi dell'articolo 11 lettera D) del DLCPS 233/46 per il seguente motivo

(specificare il motivo)

La sottoscritta dichiara sotto la propria personale responsabilità:

che non intende esercitare la libera professione e di essere in regola con il pagamento della quota relativa agli anni _____ (allegare le ricevute dei versamenti degli ultimi due anni, compreso quello in corso).

Ai sensi e per gli effetti della legge n° 15/68 e della legge n° 12/97 e successive modificazioni ed integrazioni, la sottoscritta, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 26 legge 15/68), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

DATA _____

FIRMA _____