

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE
DELLE OSTETRICHE E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

(In bollo da € 16,00)

Al Collegio Interprovinciale delle Ostetriche di Savona e Imperia

La/Il sottoscritta/o _____

Nata /o a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ c.a.p. _____

In Via _____ N° _____

Iscritta/o all'Albo delle Ostetriche al n° _____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo di codesto Collegio, ai sensi dell'articolo 11, lettera D, del DLCPS 233/46, con decorrenza dal _____. per (specificare motivo):

- Cessazione dell'attività professionale per (specificare pensionamento, ecc...)

- Altro (specificare) _____

La/Il sottoscritta/o **dichiara:**

- Che non intende esercitare la libera professione
- Di essere in regola con il pagamento delle quote Albo

Ai sensi e per gli effetti della Legge n°15/1986 e della Legge n°127/97 e successive modificazioni ed integrazioni, la/il sottoscritta/o, 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°15/68), **dichiara** l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Roma, _____

Firma _____

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