

**Al Presidente dell'ORDINE delle PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
Provincia di L'Aquila**

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

La domanda di cancellazione dall'Albo va presentata utilizzando **ESCLUSIVAMENTE** il modulo scaricabile da questa pagina e allegando i seguenti documenti:

- RICEVUTA DI PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO RELATIVA ALL'ANNO CORRENTE**
- UNA MARCA DA BOLLO DA € 16,00**

REQUISITI PER LA PRESENTAZIONE:

- Aver cessato l'esercizio della professione di Infermiere o di Assistente Sanitario o di Infermiere Pediatrico sotto qualsiasi forma (*sia come dipendente, sia a livello libero-professionale, sia come volontariato*).
- Essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Albo fino all'anno in corso.

TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda deve pervenire all'Ordine **entro e non oltre il 31 DICEMBRE** dell'anno precedente a quello in cui non si vuole più essere iscritti.

N.B.

Non può essere richiesta la cancellazione prima dell'effettiva collocazione in quiescenza (es. non è possibile chiedere la cancellazione prima della data di pensionamento)



MARCA DA BOLLO
€ 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

La domanda deve essere compilata in ogni sua parte, e non deve contenere cancellazioni o abrasioni.

Il/la Sottoscritto/a
Nato/a il
Residente in Prov. Cap.....
Via n°.....
Tel..... email PEC.....

CHIEDE

- la cancellazione dall'Albo Professionale di codesto Ordine come:

(barrare solo l'Albo da cui si chiede la cancellazione)

Infermiere (INF) Assistente Sanitario (AS) Infermiere Pediatrico (IPED)

- per la seguente motivazione: *(barrare la casella corrispondente al motivo per il quale si chiede la cancellazione):*

- Cessata attività (anche in caso di pensionamento) a decorrere dal/...../..... (giorno/mese/anno);
- Cambio attività a decorrere dal/...../..... (giorno/mese/anno);
- Invalidità permanente;
- Iscrizione ad altro Albo o Ordine per l'esercizio di una professione NON Infermieristica;
- Trasferimento residenza all'estero (iscrizione AIRE);
- Rientro in patria.

Il/la sottoscritto/a dichiara di cessare l'esercizio della professione Infermieristica o di Assistente Sanitario (AS) o di Infermiere Pediatrico (IPED) sotto qualsiasi forma, e assicura inoltre di non svolgere, a venire, alcuna prestazione infermieristica, sia come dipendente, sia a livello libero-professionale, sia di volontariato, senza prima aver presentato una nuova domanda di iscrizione all'Albo di competenza ed essere stato/a effettivamente iscritto/a con Delibera di Consiglio Direttivo.

Data _____

Firma _____

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del DPR 28/12/2000 n. 445)

N.B.

- La suddetta domanda deve essere presentata all'Ordine di persona oppure tramite raccomandata A/R, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno precedente a quello in cui si intende cancellarsi.

Non può essere chiesta la cancellazione prima della collocazione effettiva in quiescenza (es. non è possibile prima della data di pensionamento) **e se non si è in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'albo compreso l'anno in corso.**