

**ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
CALTANISSETTA**



Il/ La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ (_____) Residente a _____

via _____ n° _____

Iscritto presso codesto Ordine dal _____ con n° _____

CHIEDE

di essere cancellato/a all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Caltanissetta

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.44)

DICHIARA

Ai sensi dell'art.46 del DPR 28/12/2000 N.445

Di essere cancellato da questo Ordine per: _____

ALLEGA:

- Marca da bollo €16,00
- Tessera di Iscrizione
- Certificato con motivo per la cancellazione
- Fotocopia Carta d'Identità
- Ricevuta ultimo pagamento

Caltanissetta li _____

Il Dichiarante _____

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art 3, comma 10 L.127/97)