

**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)