



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

(In bollo da € 16.00)

All'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Benevento

La/Il sottoscritta/_____

Nata /o a _____ Prov _____ il _____

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

In via _____ N° _____

Iscritta/o all'Albo delle Ostetriche della Provincia di Benevento al n° _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo di codesto Ordine, 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.

Benevento, _____

Firma _____

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