

Bollo  
€ 16,00

AL PRESIDENTE  
ORDINE DELLE PROFESSIONI  
INFERMIERISTICHE  
VIA M. PERENNIO 24/B  
52100 AREZZO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**  
(art. 46 DPR 445/2000)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

chiede la cancellazione dall'Albo Professionale di codesto Ordine come

\_\_\_\_\_  
**(Specificare se Infermiere, Infermiere Pediatrico)**

in quanto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(indicare la motivazione. Se trattasi di pensionamento indicarne la data da cui esso decorre e l'Ente di cui si era dipendente);**

dichiaro di non svolgere a venire alcuna prestazione infermieristica sia a livello libero-professionale sia di volontariato.

Allego: fotocopia carta d'identità

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

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