

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE E  
CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

*Il presente modulo deve essere presentato entro e non oltre il 30 Novembre dell'anno in corso. La cancellazione sarà valida a partire dal 1 Gennaio dell'anno successivo.*

All'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Trapani

La/il sottoscritta/o .....  
codice fiscale n. ....

In possesso del Diploma di Ostetrica/o conseguito presso l'Università di .....  
nell'anno accademico .....

C H I E D E

di essere cancellata/o dall'Albo delle Ostetriche di Trapani.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modifiche ed integrazioni, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di dichiarazione mendace, dichiara:

- di essere nata/o a ..... il .....
- di essere residente a .....prov.....
- Via/piazza .....n.....
- tel..... cell. ....
- E-mail.....
- di essere cittadina/o .....
- di essere in regola con il pagamento delle tasse esattoriali dell'Ordine (per gli anni passati e per l'anno in corso);
- di aver cessato l'attività professionale dal .....
- altri motivi di cancellazione dall'Albo.....

In fede

.....

“Identificata/o con il documento .....n.....  
in corso di validità e visto firmare”