

	DOMANDA DI CANCELLAZIONE	Marca da bollo	M ALBO 012 Rev.04 Pag. 1 di 1 13.7.2013

(DLCPS 13 settembre 1946 n.233 art.9, DPR 5 aprile n.221 art.4, Legge 4 gennaio 1968 n.15 art. 2 e 5)

Utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa vigente in materia l'autocertificazione - (L. n.127 15 maggio 1997, DPR n.445 del 28 dicembre 2000 art.46-47)

Spettabile Collegio IP.AS.VI. della Provincia di Brescia.

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

**consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione
falsa o comunque non corrispondente al vero dichiara:**

Di essere nat ___ il _____ a _____ prov. _____

Di essere residente/domiciliato nel comune di _____ Cap. _____ prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____

Cell. _____ e-mail _____ @ _____

Indirizzo del Paese d'origine (Nazione) _____ Città _____

Via/Piazza _____ n. _____ cap _____

Passaporto/Carta d'identità n. _____ rilasciata a _____ il _____

Di avere prestato servizio presso (sede ultimo lavoro) _____

Fino al _____ di essere iscritto a codesto Collegio Provinciale IP.AS.VI. in qualità

di Inf. AS I.Ped./VI con N. _____ dalla data _____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo Professionale per _____

DICHIARA

**Che non svolgerà attività infermieristica né quale lavoratore libero professionista né quale dipendente
pubblico o privato, né quale volontario.**

Alla presente allega la tessera di iscrizione al Collegio IP.AS.VI., in alternativa denuncia di smarrimento o dichiarazione
sostitutiva dell'atto di notorietà.

Con osservanza.

Firma del Richiedente

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

A norma del DPR n.445 del 28/12/2000 art.30, la sottoscritta _____
Segretaria del Collegio IP.AS.VI. di Brescia, attesta che il giorno _____ in Brescia,
il / la Sig. / a _____
della cui identità mi sono accertata attraverso l'esibizione fattami del documento sopra citato, ha reso la dichiarazione
sopra indicata firmandola in mia presenza. La Segreteria _____