

MARCA DA  
BOLLO  
VIGENTE  
€ 14,62

Al Presidente del Collegio IP.AS.VI.

della provincia di Pavia

l\_ sottoscritt\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

chiede a codesto Collegio la cancellazione dall'Albo di

infermiere assistente sanitario vigilatrice d'infanzia

per cessata attività o quiescenza dal \_\_\_\_\_ e pertanto

dichiara (ai sensi dell'art. 4 legge 4.01.1968 n.15)

- di aver cessato attività professionale come lavoratore dipendente pubblico o privato
- di non esercitare attività libero professionale
- di non esercitare attività di volontariato
- di assumersi ogni responsabilità derivante dalle suindicate dichiarazioni

Con osservanza,

In fede

Luogo e data

Firma

Allego:

1. Tessera personale o denuncia di smarrimento
2. Copia delle ricevute di pagamento degli ultimi 2 anni

Il termine per la cancellazione dall'Albo è il 10 novembre di ogni anno e avrà decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo, oltre tale termine non sarà più possibile evitare l'inserimento per il pagamento della quota.

La domanda deve essere accompagnata dalla tessera personale o dalla denuncia di smarrimento rilasciata dalle autorità competenti e dalla copia delle ricevute di pagamento degli ultimi 2 anni