



Ordine della Professione Ostetrica della Provincia di Bologna
Presidente Ostetrica Tinti Dott.ssa Sara

Domanda di cancellazione dall'Albo Professionale delle Ostetriche della Provincia di Bologna

Spett.le Ordine della Professione Ostetrica della Provincia di Bologna

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____

Prov. _____ il ____/____/____ residente a _____ Prov. _____

In Via _____ n. _____ c.a.p. _____

C.F. _____

Iscritto presso il Vostro Ordine in data _____ al n° _____

chiede

di essere cancellata/o dall'Albo Professionale delle Ostetriche della Provincia di Bologna
ai sensi dell'articolo n° 11 lettera D del DLCPS 233/46 con decorrenza dal _____ per:
Cessazione attività professionale per (specificare: pensionamento, etc.)

Altro: _____

Dichiara

- Che non intende esercitare attività di libera professione
- Di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all' Albo anno
- Altro (specificare) _____

Ai sensi e per gli effetti della Legge n° 15/1968 e della Legge n° 127/1997 e successive
modificazioni ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, 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° 15/1968), DICHIARA l'assenza di procedimenti
penali pendenti.

Bologna, _____

Firma _____

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

Via Zanardi 403/22 – 40131 Bologna

Tel./Fax 0516350241 cell. 3334263183 - www.ostbo.eu E-mail bologna@ostbo.eu