

**ALL'ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
DELLE PROVINCE DI
CATANZARO-CROTONE-VIBO VALENTIA**

**Via F. Burza 35
88100 CATANZARO
tel.0961/709540**

**MAIL: ordine@ostetriche-czkrvv.it
PEC: collegioostetricheczkrvv@arubapec.it**

La sottoscritta Ost. _____ nata a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
tel. _____

Iscritta all'Ordine della Professione di Ostetrica Delle Province di Catanzaro, Crotone e Vibo Valentia dal _____

CHIEDE

La **CANCELLAZIONE** dall'Albo ai sensi dell'art.11 lett.d DLCPS 233/1946.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4/1/1968 n.15 e della Legge 15/5/1997 n.127 e successive modifiche e integrazioni, la sottoscritta, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità, DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti, DICHIARA inoltre di essere in regola con i pagamenti dei contributi dovuti all'Ordine fino all'anno in corso.

DATA _____

FIRMA

La cancellazione, perché abbia validità per l'anno seguente, deve essere:

- Completa delle fotocopie degli ultimi 3 pagamenti effettuati ;
- Inoltrata entro e non oltre il 31 Ottobre ;
- Inviata tramite raccomandata A.R. allegando copia di un documento valido o consegnato dall'interessato o da un delegato alla segreteria dell'Ordine.

AVVERTENZA:LA DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.

**Ordine della Professione di Ostetrica Delle Province
di Catanzaro, Crotone e Vibo Valentia**

Il sottoscritto _____ incaricato, **ATTESTA**, ai sensi
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che l'Ost. _____ identificato a
mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Catanzaro.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza