

La/Il Sottoscritta/o _____

Nata/o a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. _____ cap. _____

Via _____ n. _____

Tel. _____

in qualità di **Infermiera/e o Infermiera/e Pediatrica/o** iscritta/o all'OPI di Modena, con la presente

CHIEDE

Di essere CANCELLATO/A dall'Albo degli

Infermieri **Inf.Pediatrici**

per RINUNZIA

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/00 n.445)

DICHIARA

Di essere nata/o il _____ a _____ prov. _____

Di essere residente in Via/P.zza _____

Comune _____ prov. _____

Di non esercitare la professione di (*Infermiere* *Infermiere Pediatrico*) per (Pensionamento/cambio attività lavorativa/altro) _____

Modena _____

Il/La Dichiarante _____
(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della legge 127/97)

***Da completare con una marca da Bollo da € 16,00**

La domanda deve essere presentata alla Segreteria dell'OPI della Provincia di Modena entro e non oltre il 30 NOVEMBRE dell'anno precedente a quello in cui si intende cancellarsi