

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE ALL'ALBO

(Dlcp 13.09.1946 n° 233 Dpr 5.04.1950 n° 221 Dpr221/50 art.4)

Marca da  
Bollo  
€ 14,62

Al Presidente del  
Collegio I.P.A.S.V.I.  
Via Calepina, 75  
38100 TRENTO

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ consapevole della  
responsabilità penale di cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o  
comunque non corrispondente al vero dichiara:

di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Chiede la cancellazione dall'Albo Professionale di codesto Collegio come  
(specificare se *Infermiere, Assistenti Sanitari o Infermiere Pediatrico*)

in quanto (**indicare OBBLIGATORIAMENTE la motivazione e, se trattasi di pensionamento, la data dello stesso e l'Ente presso cui si lavorava**) cessa l'esercizio della professione infermieristica sotto qualsiasi forma. Inoltre assicuro di non svolgere e venire alcuna prestazione infermieristica sia livello libero professionale, sia di volontariato.

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del DPR 28.12.2000 n 445)

**Alla presente allega** seguenti documenti:

- ✓ **tessera ORIGINALE di iscrizione al Collegio IPASVI n° \_\_\_\_\_**  
**o denuncia ai Carabinieri di smarrimento della tessera di data \_\_\_\_\_**
- ✓ **fotocopia Carta d'Identità**
- ✓ **fotocopia ricevuta pagamento quota anno in corso.**

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso del  
dichiarante)

Data \_\_\_\_\_

*Dichiarazione resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza delle proprie responsabilità penali in caso di dichiarazioni false secondo quanto disposto dall'art. 26 della legge 15/68.*

La domanda deve pervenire entro il 30 novembre dell'anno corrente per non pagare la quota d'iscrizione dell'anno successivo e non esime dal pagamento della quota annuale d'iscrizione per l'anno in corso.