



FEDERAZIONE NAZIONALE DELLE OSTETRICHE

## ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA

### INTERPROVINCIALE BA/BAT

*Via Devitofrancesco, 4/A- 70124 - tel.Fax 080/5026145*

#### **DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO** ( Bollo Euro 16,00)

Il/la sottoscritta/o .....

Nata/o il ..... a ..... prov.....

Residente a..... prov.....

In via/p.za ..... n.°.....

C.F.....

Iscritta/o all'Albo delle Ostetriche di Bari , con n°.....

#### **CHIEDE**

La cancellazione dall'Albo di codesto Ordine, ai sensi dell'articolo 11, lettera D, del  
DLCPS 233/46, con decorrenza dal.....

Per il seguente motivo:

Pensionamento

di non esercitare la professione di Ostetrica/o sia in qualità di dipendente che in regime  
libero professionale

Altro (specificare).....

Consapevole che la cancellazione dall'Albo vieta l'esercizio della professione,  
in regime di dipendenza, di libero professionista e di volontariato presso  
associazioni o altri enti.

**A tal fine la/il sottoscritta/o dichiara :**

1. di non esercitare più la professione di Ostetrica/o;
2. di non avere procedimenti penali in corso;
3. di non essere morosa/o nei confronti dell' Ordine
4. di essere consapevole , ai sensi del DPR n.445/2000,che le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Si allega:

1. copia della ricevuta di pagamento della quota annuale e dell'anno precedente;
2. tessera di riconoscimento dell' Ordine;
3. fotocopia carta d'identità;
4. fotocopia codice fiscale;
5. certificazione di cessazione di servizio, in caso di pensionamento, o certificato di servizio in caso di inquadramento in altro profilo professionale; in entrambi i casi l'Ostetrica/o può avvalersi dell'autocertificazione.

Note: per coloro che non hanno mai esercitato la professione di ostetrica/o, né alcuna professione sanitaria, ma sono iscritte all'Albo , il punto 5 è disatteso.

IN FEDE

Firma

Luogo e data

.....