

MARCA  
DA  
BOLLO  
€ 16,00

Al Presidente  
Ordine della  
Professioni Infermieristiche  
di Ravenna  
Piazza Bernini n.2  
48124 Ravenna

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono n. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,**

Chiedo a codesto Ordine la cancellazione dall'Albo di:

infermiere

A tal proposito dichiaro, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 che:

**NON ESERCITO PIU' LA RELATIVA ATTIVITA' (IN ITALIA) NE' COME LAVORATORE DIPENDENTE, NE' COME LIBERO PROFESSIONISTA, NE' COME VOLONTARIO.**

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al **D.Lgs. 30/06/2003, n.196 art.13 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed artt. 13 e 14 Regolamento (UE) 2016/679**, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data, \_\_\_\_\_

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

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

**AVVERTENZA:** Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art.75 DPR445/2000)