



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
DELLA PROVINCIA DI COSENZA
ENTE DI DIRITTO PUBBLICO
ISTITUITO CON D.L. C.P.S. 13 SETTEMBRE 1946 N. 233
CORSO UMBERTO I, n. 8 cap 87100 COSENZA
TEL./FAX 0984/1816140 E-Mail: ostetrichecs@libero.it
PEC: ostetrichecs@arubapec.it
Codice Fiscale 80000490781**

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

**Spett.le
Ordine della Professione
di Ostetrica della Provincia di
Cosenza**

Il/La sottoscritta/o.....,
nato/a a.....Prov.....il.....
residente a (Comune).....Provincia.....
in via.....N°.....,
iscritto/a all'Albo delle Ostetriche di al n°.....

CHIEDE

la cancellazione dall'albo di codesto Ordine, ai sensi dell'articolo 11, lettera D), del DLCPS 233/46, con decorrenza dal

per (specificare il motivo)

- ♣ Cessazione dell'attività professionale per (specificare: pensionamento, ecc)
.....
- ♣ Altro (specificare)

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- ♣ Che non intende esercitare la libera professione
- ♣ Di essere in regola con il pagamento delle quote Albo
- ♣ Altro(specificare).....

Ai sensi e per gli effetti della Legge n° 15/1968 e della Legge n°127/97 e successive,

allega:

- ♣ copia della ricevuta di pagamento quella quota annuale di iscrizione;
- ♣ Tessera di riconoscimento rilasciata al momento dell'iscrizione;
- ♣ Fotocopia documento di identità.

Data _____

Firma _____