

AL COLLEGIO IPASVI
VIA ARGINE DESTRO 193
18100 IMPERIA



DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE

__l__ sottoscritt__

nat_ a _____ () il _____

Residente in _____ CAP _____

Via/P.zza _____

Iscritto a questo Albo Professionale in qualità di

- Infermiere Professionale Assistente Sanitario Viglatrice d'Infanzia

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo Professionale per la qualifica di : I.P. A.S. V.I.

- Per limiti d'età, essendo andata in pensione dal _____
- Per cambio qualifica, esercitando come _____
- Per motivi di salute _____

Alla presente allega i seguenti documenti:

- Tessera di iscrizione Albo
- Altro _____

DICHIARA

Di essere a piena conoscenza che la cancellazione dall'Albo implica l'impossibilità legale di esercizio della professione in qualunque delle forme di attività di dipendenza pubblica, o privata, o autonoma, o volontaria

Data _____

Firma _____