



## ADEMPIMENTI PER LA CANCELLAZIONE VOLONTARIA ALBO OSTETRICI

### 1. DOMANDA IN BOLLO € 16,00 SU APPOSITO STAMPATO ALLEGATO

---

#### **MODALITA' E TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

##### MODALITA':

La domanda va resa alla segreteria dell' Ordine della Professione di Ostetrica di Palermo, direttamente dall' interessato o a mezzo servizio postale o da incaricato.

Nel caso di presentazione a mezzo Servizio postale o da incaricato la domanda deve essere accompagnata dalla copia del documento di riconoscimento valido.

Alla domanda va allegato certificazione inerente la motivazione della cancellazione:

- Delibera di pensionamento rilasciata dall' azienda sanitaria
- Delibera di cambio qualifica rilasciata dall' azienda sanitaria
- Attestato di servizio rilasciato dall' azienda sanitaria di cui si dipende attestante che il dichiarante eserciti effettivamente altra professione. (per dipendenti az. Sanitaria)

##### TERMINI DI PRESENTAZIONE:

La domanda va presentata secondo i modi previsti entro e non oltre il 30 settembre di ogni anno.

Le domande presentate oltre tale data non verranno prese in considerazione, iscrivendo i richiedenti inadempienti nei ruoli di riscossione per l' anno successivo.

##### **CAUSA PRECLUVIVE L' ACCOGLIMENTO DELLA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL' ALBO:**

- Morosità tassa nei confronti del Collegio
- Domanda non conforme al regolamento previsto e a quanto deliberato dal C.D dell' Ordine
- Procedimenti disciplinari in corso.

**N.B.** All' atto della presentazione della domanda di cancellazione consegnare la tessera di riconoscimento e timbro rilasciati al momento dell' iscrizione e timbro personale.

Domanda cancellazione

**bollo € 16,00**

**Al Presidente dell' Ordine della Professione di Ostetrica di Palermo**

Il/la sottoscritto/a

Ost. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**chiede**

La cancellazione dall' Albo degli Ostetrici per il seguente motivo:

- Pensionamento**
- Non esercito la professione Ostetrica**
- Altro** \_\_\_\_\_

Pertanto consapevole che la cancellazione dall' Albo **vieta l' esercizio della professione, in regime di dipendenza , libero professionale e in regime di volontariato presso associazioni ed enti voloniaristici .**

**A tal fine il sottoscritto/a dichiara:**

1. consapevole delle **pene previste per l' esercizio abusivo della professione sanitaria ostetrica** di non esercitare più la professione di Ostetrico/a;
2. di non avere procedimenti disciplinari in corso;
3. di non essere moroso/a nei confronti di detto Ordine;
4. di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti;
5. di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Dlg 196/2003 .

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_