



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/ail ____/____/____ 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
