

AL COLLEGIO IPASVI
V. ARGINE DESTRO 177/10
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 d'Infanzia Assistente Sanitario Vigilatrice

CHIEDE

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

Rimanendo iscritta come 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 _____

Rev. 2 22/12/2010