

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE  
DELLE OSTETRICHE E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

*(In bollo da € 16.00)*

**All'Ordine della Professione di Ostetrica della Provincia di Perugia**

La/Il sottoscritta/\_\_\_\_\_

Nata /o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Iscritta/o all'Albo delle Ostetriche della Provincia di Perugia 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 motivo)*:

• Cessazione dell'attività professionale per *(specificare: pensionamento, ecc.)*

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

---

La/Il sottoscritta/o **dichiara**:

- Che non intende esercitare la libera professione
- Di essere in regola con il pagamento delle quote Albo

Ai sensi e per gli effetti della Legge n°15/1986 e della Legge n°127/97 e successive modificazioni ed integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.26 Legge n°15/68), **dichiara** l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Perugia, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N:B.Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere