

## RICHIESTA DI CANCELLAZIONE

**(IN BOLLO)**

**Euro 16,00**

Spettabile  
Ordine della Professione di Ostetrica  
della Provincia di Trento  
Via Milano 80  
38122 Trento

---

Il/La sottoscritto/a ost. \_\_\_\_\_ *(nome e cognome)*

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Iscritta all'Albo delle ostetriche della provincia di Trento al n° \_\_\_\_\_

### C H I E D E

La cancellazione dall'Albo provinciale ai sensi dell'art. 11, lettera D) del DLCPS 233/1946 con decorrenza da \_\_\_\_\_ per:

Cessazione dell'attività professionale per pensionamento

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

La sottoscritta 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° 15/1968 e della legge n° 127/1997 e successive modificazioni ed integrazioni, la sottoscritta, 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° 15/1968). DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_