



ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI TORINO

**ORARI SEGRETERIA:
LUNEDI'/MERCOLEDI': 14/17
MARTEDI'/GIOVEDI': 10/13
VENERDI': CHIUSO**

DOCUMENTI RICHIESTI PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE UTILIZZANDO LE FACILITAZIONI PREVISTE DALLA NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI AUTOCERTIFICAZIONE

Alla domanda di cancellazione (da redigere a proprie mani e sottoscrivere) si devono allegare:

- a. marca da bollo da € 16,00
- b. tessera di iscrizione all'Ordine;
- c. fotocopia in carta semplice dell'ultima quota d'iscrizione pagata
- d. fotocopia in carta semplice di tutte le facciate di un documento di identità (carta di identità, patente, passaporto), in corso di validità.

Norme per la cancellazione

1. La domanda può essere consegnata a proprie mani o spedita per posta (con raccomandata A/R).
2. Alla domanda deve essere allegata la tessera di iscrizione all'Ordine.
3. In caso di furto del documento occorrerà allegare la denuncia presentata alle Forze dell'Ordine.
In caso di smarrimento sarà sufficiente dichiararlo sulla domanda.
4. La domanda di cancellazione deve pervenire entro fine Novembre dell'anno in corso.
5. La richiesta di cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione.
6. La cancellazione viene deliberata dal Consiglio Direttivo che ne dà successiva comunicazione all'interessato.

Le richieste di cancellazione non conformi o incomplete saranno respinte.

**N.B: L'art. 25 del D.P.R. 26/10/1972 n. 642 prevede sanzioni amministrative per chi non corrisponde, in tutto o in parte, l'imposta di bollo dovuta.
La mancata apposizione della marca da bollo, del valore di 16 €, obbliga questo Ente ad inviare l'atto al competente Ufficio del Registro**

NON STAMPARE IN MODALITA' FRONTE/RETRO

Marca da bollo
€. 16,00

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche O.P.I.
della Provincia di Torino
Via Stellone n. 5

Il/la sottoscritt_____

CHIEDE

La **cancellazione** dall'Albo Professionale INFERMIERI INFERMIERI PEDIATRICI tenuto da
codesto Ordine, con decorrenza: immediata fine anno

E la relativa notifica dovrà essere inviata tramite*

- Raccomandata presso l'indirizzo di residenza
- Posta elettronica (indicare indirizzo) _____
- Posta elettronica certificata (indicare indirizzo)_____

*Si prega di barrare la preferenza

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge
per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la propria personale responsabilità (art.
76 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445

✚ di essere nat __ a _____ (____)

✚ il _____;

✚ di essere residente a _____ (____)

Via/Piazza _____ N. _____ C.A.P.

_____ n. telefonico ____ / _____;

✚ di essere iscritto a codesto Ordine Professionale in qualità di

INFERMIERE INFERMIERE PEDIATRICO

di avere prestato servizio presso (sede ultimo lavoro)

✚ _____

fino al _____

✚ di essere consapevole che l'esercizio della professione d'infermiere (in qualsiasi sua forma), in assenza d'iscrizione all'Albo, integra il reato di abuso di professione (C.P.348).

Allega:

1. fotocopia del pagamento della quota di iscrizione dell'anno in corso
2. tessera di iscrizione all'Ordine n. _____

Se non in possesso

- Denuncia di furto presso _____
 - Autocertificazione di smarrimento
3. fotocopia documento di identità

IL/LA DICHIARANTE

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

Torino, li ____ / ____ / ____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000)

**Informativa legge 675/96 art. 10 ai sensi
dell'art. 48 del DPR 445/2000**

Egr.Sig.re/Gent.ma Sig.ra

La informiamo che:

- il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCPS 233/46 e susseguente art. 4 del DPR 221/50;
- in caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere alla cancellazione dall'Albo;
- i dati da Lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da Lei formulata, per le finalità ad essa strettamente connesse e per gli scopi istituzionali dell'Ordine di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46;
- il trattamento viene effettuato con elaboratori elettronici a disposizione degli uffici;
- i dati verranno comunicati ai soggetti di cui all'art. 2 del DPR 221/50 ed eventualmente ad altri soggetti ai soli fini di perseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCPS 233/46;
- il titolare del trattamento è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (O.P.I.) di Torino nella persona del Presidente dello stesso. Il responsabile del trattamento è l'amministrativa Fiorella Delpero.
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 13 della legge 675/96 rivolgendosi presso la sede di questo Ordine Via Stellone n. 5, Torino, tel. 011.663.40.06; fax 011.663.66.01; e-mail segreteria@opi.torino.it . La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'albo motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione infermieristica.

Per presa visione: _____

Torino _____