

Bollo
€14.62

**Al Presidente
Collegio IP.AS.VI. Firenze
Via Pier Luigi da Palestrina, 11
50144 Firenze**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Prov _____

Via _____ N. _____ CAP _____

Tel. _____ CodiceFiscale _____

Ex-dipendente _____

(indicare l'azienda o struttura sanitaria)

chiede la cancellazione dall'Albo Professionale di codesto Collegio come

(Specificare se Infermiere, Assistente Sanitario, Vigilatrice d'Infanzia)

in quanto _____
(indicare la motivazione. Se trattasi di pensionamento indicarne la data da cui esso decorre e l'Ente di cui si era dipendente);

Assicuro inoltre che non svolgerò, a venire, alcuna attività o prestazione di natura infermieristica, sia essa a livello libero-professionale che di volontariato.

Data _____

Firma _____

Alla domanda di cancellazione deve essere allegato:

- tesserino di iscrizione all'albo
- una marca da bollo €14,62
- fotocopia del documento di riconoscimento se la domanda di cancellazione viene spedita per posta