

RICHIESTA DI MANTENIMENTO DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO

Al Presidente dell'Ordine
delle Professioni
Infermieristiche di
Potenza

Il/La sottoscritto/a _____ consapevole delle
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci
dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art.76 DPR.28/12/2000 n°445)

DICHIARA
(ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n°445)

di essere nato/a a _____ il ___/___/___ di
essere residente in _____ C.A.P. _____ via

_____ n° _____ tel. _____ di avere
prestato servizio presso (sede ultimo lavoro) _____

_____ fino al _____ di essere iscritt_

a codesto Ordine Professionale in qualità di _____

e di essere in quiescenza dal _____

mail _____@_____

Chiede a codesto Ordine Professionale il mantenimento dell'iscrizione all'Albo usufruendo delle agevolazioni riservate ai pensionati che prevedono il pagamento della quota di iscrizione annuale ridotta .

Si allega alla presente:

- Copia del documento di identità

_____, li ___/___/_____

Con osservanza
