

**Marca da bollo**

**Euro 16,00**

(DPR 642 del 26.10.1972)

Al Presidente dell'Ordine delle Professioni  
Infermieristiche di Belluno  
P. le Resistenza 3  
32100 BELLUNO

**OGGETTO: Domanda di Cancellazione dall'Albo Professionale.**

Il/La sottoscritto/a .....  
Nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
in via ..... nr. .... CAP .....  
posta elettronica .....  
iscritto/a a codesto Ordine dal ..... con numero di posizione .....,  
poiché non intende più esercitare la Professione Infermieristica per la seguente motivazione:

- Rinuncia
- Trasferimento all'estero
- Cessata attività

**CHIEDE**

di essere cancellato/a dall'Albo degli:

- Infermieri
- Infermieri Pediatrici

**DICHIARA**

(indicare obbligatoriamente la data di cessazione e l'Ente/Azienda presso cui si svolgeva l'attività)

di essere pensionato/a o di aver cessato la libera professione o l'attività dal .....  
che l'ultimo impiego è stato svolto presso l'Ente/Azienda .....

**DICHIARA**

quindi la volontà continuativa di non esercitare la Professione Infermieristica né quale libero professionista, né quale lavoratore dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato, pubblici o privati, né quale volontario e l'impegno della re-iscrizione qualora volesse riprendere l'attività sia a rapporto dipendente che libero professionale.

**DICHIARA**

inoltre di essere a conoscenza delle norme vigenti all'esercizio professionale, che l'iscrizione all'albo rappresenta requisito abilitante e permanente per esercitare la professione e che, operando in carenza della dovuta prescrizione, sa di compiere "abuso di professione" delitto contemplato e punito ai sensi dell'art. 348 del Codice penale.

segue 

## DICHIARA

Di essere consapevole che la cancellazione dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Belluno comporta la disattivazione della seguente casella PEC attiva a proprio nome: .....e che la disattivazione della casella comporterà la perdita delle comunicazioni e informazioni in essa contenute.

Di essere a conoscenza del fatto che la conservazione dei dati è a proprio carico, e che, a seguito della sottoscrizione del presente documento l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Belluno è sottratto a ogni responsabilità relativa alla perdita di dati a seguito della disattivazione della casella suddetta. Di essere consapevole che la disattivazione della PEC sopracitata avverrà dopo 30 giorni dalla delibera di cancellazione della propria posizione presso l'OPI di Belluno.

### ALLEGA ALLA PRESENTE I SEGUENTI DOCUMENTI OBBLIGATORI

- fotocopia di un documento d'identità in corso di validità  
(art. 38 DPR 445/00)
- tesserino di riconoscimento in restituzione o, in sostituzione, copia della denuncia di smarrimento/furto  
(La denuncia è obbligatoria per i documenti di identità: circolare del Ministero dell'Interno nr.16/03 del 30.06.2003 tra i quali, ai sensi dell'art.35 comma 2 DPR 445/00, è assimilato per equipollenza, il tesserino di riconoscimento professionale emesso da una pubblica amministrazione.)
- fotocopia della ricevuta di pagamento Tassa Annuale anno in corso  
(la richiesta di cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione)

## DICHIARA

Di essere a conoscenza del fatto che la presente istanza è presentata utilizzando le facilitazioni previste dalla normativa in materia di autocertificazioni e che, conseguentemente ai controlli eseguiti in base all'art. 71 D.P.R 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R 445/2000).

DATA ..... FIRMA .....

#### Avvertenza:

Secondo quanto disciplinato dall'OPI di Belluno, visti il DLCP 233/46 e il DPR 221/50 in cui si determina che l'iscrizione all'Albo rappresenta requisito abilitante permanente per esercitare la professione e che, operando in carenza della dovuta prescrizione, il professionista sa di compiere "abuso di professione" delitto contemplato e punito ai sensi dell'art. 348 del Codice penale, **si determina che è consentita la consegna della pratica di cancellazione dall'Albo Professionale solo da parte dei professionisti che abbiano già maturato i seguenti requisiti:**

- pensionamento/cessazione da attività libero professionale
- pensionamento/cessazione da attività di lavoro dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato pubblico o privato
- cessazione di attività di volontariato

**Per maturazione requisiti si intende che non verranno accettate domande prima che il professionista abbia cessato la propria attività, tale data dovrà essere obbligatoriamente dichiarata all'atto di presentazione della domanda.**

Per l'accettazione della domanda di cancellazione la data di cessazione dell'attività professionale in qualsiasi forma, deve essere antecedente alla data di registrazione del protocollo di entrata dell'Ente. **Le domande verranno accettate entro il 20 dicembre dell'anno corrente, la non presentazione entro tale data determina l'inserimento nei ruoli e di conseguenza il pagamento della tassa di iscrizione per l'anno seguente.**

**Le richieste di cancellazione non conformi o incomplete saranno respinte**