



Marca da bollo €. 14,62

Agrigento, li _____

Al Presidente del Collegio IP.AS.VI. di Agrigento
Viale L. Sciascia 228 villaggio Mosè
92100 Agrigento

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Tel. _____ cell. _____

Codice Fiscale: _____

dipendente _____

(indicare l'azienda o struttura sanitaria)

chiede la cancellazione dall'Albo Professionale di codesto Collegio come

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

in quanto non esercito (eserciterò) più la professione dal _____

(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, in quanto eventualmente perseguibile per esercizio abusivo della professione.

Firma _____