

Marca da bollo da  
€ 16,00

**All'OPI – Ordine delle  
Professioni Infermieristiche  
Via A. Alfani, 1  
59100 PRATO PO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
iscritto/a presso codesto Ordine delle Professioni Infermieristiche di Prato in qualità di  
\_\_\_\_\_ chiede la propria cancellazione dal relativo  
Albo professionale.

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

***DICHIARA***

di avere cessato la propria attività professionale di \_\_\_\_\_  
per \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara di essere a conoscenza che per effetto di tale provvedimento cesserà per il/la sottoscritto/a qualunque possibilità di esercitare la professione di \_\_\_\_\_  
sostanzandosi, in carenza dell'iscrizione all'Albo, il reato di esercizio abusivo della professione (art. 348 del codice penale) –

Prato, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_