

Spett.le
OPI ASTI
Piazza Goria 1
14100 ASTI

| |
|--|
| Marca da bollo Euro 16,00 |
|--|

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a il.....
Codice Fiscale.....
residente in.....
Via n.
Cap. Tel.....

CHIEDE

di essere cancellato/a dall'Albo degli Infermieri della Provincia di
Asti per la seguente motivazione:

.....
.....
.....

A tal fine allega:

1. ricevuta del versamento della quota dell'anno in corso (ovvero ricevuta del pagamento delle annualità insolute)
2. tessera di iscrizione all'Ordine

Distinti saluti.

.....

Data

.....

(Firma)