

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE**  
**DALL'ORDINE DELLA PROFESSIONE OSTETRICA**  
**DI ROMA E PROVINCIA**

(in bollo da € 16.00)

All'Ordine della Professione Ostetrica di Roma e Provincia

La/Il sottoscritta/o (Cognome Nome) [REDACTED]

nata/o a [REDACTED]

prov. [REDACTED]

il [REDACTED]

residente a [REDACTED]

prov. [REDACTED]

cap [REDACTED]

in Via [REDACTED]

n. [REDACTED]

iscritta/o all'Ordine della Professione Ostetrica di Roma e Provincia al n. [REDACTED]

**CHIEDE**

La cancellazione da codesto Ordine, ai sensi dell'articolo 11, lettera D, del DLCPS 233/46,  
con decorrenza dal [REDACTED] per

Cessazione dell'attività professionale (specificare: pensionamento, non esercizio professione, ecc.)

[REDACTED]

Altro (specificare)

[REDACTED]

**DICHIARA**

Di essere in regola con il pagamento delle quote

Che non intende esercitare la libera professione

Ai sensi e per gli effetti della Legge n°15/1986 e della Legge n°127/97 e successive modificazioni ed integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.26 Legge n°15/68), **dichiara** l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Data [REDACTED]

Firma [REDACTED]

N.B. La/Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.