

Istanza di cancellazione dall'Albo degli Assistenti Sociali della Regione Molise

Bollo
€ 16,00

Spett.le **Ordine Assistenti Sociali
Consiglio Regionale del Molise**
Via Mazzini, 88
86100 CAMPOBASSO
Tel./Fax 0874/484879
e-mail: info@oasmolise.it

Il/La sottoscritto/a

Nome:

Cognome:

--	--

regolarmente iscritto/a nella sezione _____ dell'Albo Professionale degli Assistenti Sociali della Regione Molise al n. _____ dal ____/____/____

Chiede

la cancellazione dall'Albo Professionale degli Assistenti Sociali della Regione Molise.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

Dichiara

Luogo di nascita:

Data di nascita:

--	--

Codice fiscale:

Cittadinanza:

--	--

Residente a:

Via:

--	--

Provincia:

C.A.P.:

--	--

Numero telefono:

Numero cellulare:

--	--

Numero fax:

Indirizzo posta elettronica:

--	--

✓
di essere in regola con i versamenti dei contributi annuali a tutto il _____ (anno)

- ✓ di non esercitare la professione di Assistente Sociale in quanto (barrare la casella)
- in pensione dal ____/____/____
 - esercita altra attività (specificare mansioni e inquadramento)

 - altro (specificare)

Allega alla presente

- ✓ copia del versamento della quota di iscrizione per l'anno in corso;
- ✓ copia non autenticata del proprio documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. 445/2000.

In fede

(Luogo e data)

(Firma)

Istruzioni per la compilazione

- compilare il presente modulo in stampatello;
- indicare almeno un recapito telefonico;
- si rammenta che l'iscrizione all'Albo Professionale è requisito indispensabile per l'esercizio della professione sia in forma privata che in regime di dipendenza da ente pubblico o privato e che la non ottemperanza è perseguibile ai sensi dell'art. 348 c.p.;
- ai sensi del D.P.R. 642/1972 è indispensabile apporre la marca da bollo.