

ORDINE ASSISTENTI SOCIALI EMILIA ROMAGNA

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Marca da bollo
€ 16,00

Spett.le
ORDINE ASSISTENTI SOCIALI EMILIA ROMAGNA
Via Marconi 47
40122 Bologna

IL/LA SOTTOSCRITTO/A A.S. _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ (CAP) _____

IN VIA _____

N. ISCRIZIONE ALL'ALBO _____

CHIEDE

LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI DELL'EMILIA ROMAGNA PER

- QUIESCENZA
- NON ESERCITA LA PROFESSIONE
- ALTRO _____

DICHIARA

- DI ESSERE IN REGOLA CON I PAGAMENTI DEL CONTRIBUTO ANNUALE DI ISCRIZIONE ALL'ALBO;
- DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE PER ESERCITARE LA PROFESSIONE DI ASSISTENTE SOCIALE E' OBBLIGATORIA L'ISCRIZIONE AL'ALBO PROFESSIONALE AI SENSI DELLA LEGGE 84/1993

SI ALLEGA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' E SI RESTITUISCE TESSERINO DI RICONOSCIMENTO.

Luogo _____, data _____

Firma _____