

marca
da bollo
€ 16,00

Spett.le
COLLEGIO IP.AS.VI. ASTI
Via Pietro Bigatti n. 14
14100 ASTI

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 Professionali della
Provincia di Asti per la seguente motivazione:

.....

A tal fine allega:

1. ricevuta versamento Quota anno in corso;
2. tessera di iscrizione al Collegio.

Distinti saluti.

.....

(Data)

.....

(Firma)

N.B.) La domanda di cancellazione deve pervenire entro il **30 Novembre** di ciascun anno e va redatta in competente bollo.