

(BOLLO € 16,00)

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE**

**DALL’ALBO**

Ordine degli Assistenti Sociali

Consiglio regionale della Puglia

Via Tanzi 39D-39E

70121 BARI

Il/La sottoscritto/a

(Cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

regolarmente iscritta/o alla sezione …… dell’Albo Professionale degli Assistenti Sociali della Regione Puglia al n° ……… dal …………

**CHIEDE**

la cancellazione dall’Albo Professionale degli Assistenti Sociali della Regione Puglia.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace come stabilito dagli artt. 48, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 - 47 del D.P.R. n. 445/2000, (dichiarazione sostitutiva di certificazione)

* Di essere nato :

NAZIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Prov.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Di essere residente:

COMUNE………….……………………………...…. Provincia……..

Cap ………….……...

Via/Piazza …………………………………………………………………. n. .…………..

cell. ……….……….…...…… tel .............................................................

e.mail ..…………………………………………

pec………………………………………………

* di essere in regola con i versamenti delle quote di conservazione iscrizione annuali (eventuali quote annuali a debito vanno sanate prima della presentazione dell’istanza di cancellazione);
* **di aver effettuato il versamento della quota di conservazione iscrizione relativa all’anno in corso;**
* di non esercitare la professione di Assistente Sociale, alla data di presentazione della domanda (***La cancellazione decorre dalla data di ricevimento della domanda -*** art. 10 D.M. 615/’94);
* di presentare istanza di cancellazione per la seguente motivazione (barrare la casella rispondente)
* di essere in pensione, alla data di presentazione della presente domanda;

(Al fine di non incorrere nel reato di esercizio abusivo della professione, si invita a presentare l’istanza di cancellazione per pensionamento dopo la data di collocamento in quiescenza);

* altra professione;
* altre motivazioni (specificare)……………………………………………………………

**Allega alla presente**

* marca da bollo da euro 16,00 da apporre nell’apposito riquadro (si specifica che le richieste prive di marca da bollo non potranno essere deliberate);
* copia del versamento della quota di conservazione iscrizione relativa all’anno in corso;
* fotocopia non autenticata del proprio documento di identità valido ai sensi dell’art. 38 comma 3 del D.P.R 445/2000.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE/DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_