(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 :

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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, inclusa quella relativa all’anno in corso (*diversamente, il recupero degli importi dovuti avverrà a cura dell’Agente deputato alla riscossione - ex art. 5 co. 8 del Regolamento di riscossione Cnoas vigente*);
* 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);
* fotocopia non autenticata del proprio documento di identità valido ai sensi dell’art. 38 comma 3 del D.P.R 445/2000.

**Modalità alternative di presentazione della domanda di cancellazione:**

- a mezzo PEC all’indirizzoamministrazione@pec.aspuglia.it ;

- a mezzo raccomandata. A/r da spedire all’indirizzo Ordine degli Assistenti Sociali - Consiglio regionale della Puglia, Via Tanzi 39D-39E, cap 70121 BARI ;

- personalmente o tramite persona incaricata munita di delega, negli orari di apertura al pubblico.

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

 IL/LA RICHIEDENTE/DICHIARANTE

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