



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA DELLA  
PROVINCIA DI ANCONA**

60131 ANCONA – Via Ruggeri, n. 3/N – Tel-Fax 071/54967

(Orario ufficio: Giovedì dalle 15.30 alle ore 17.30)

e-mail: [info@ordineostetricheancona.it](mailto:info@ordineostetricheancona.it) pec: [coll@pecostetricheancona.it](mailto:coll@pecostetricheancona.it)

MARCA DA BOLLO  
€ 16

**Domanda di cancellazione dall'Ordine Provinciale delle Ostetriche di Ancona**

La/Il Sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
in qualità di iscritta all'Ordine delle Ostetriche di Ancona, con la presente

**CHIEDE**

**di essere cancellata/o dall'Ordine della Professione di Ostetrica della provincia di Ancona per  
RINUNZIA.**

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua responsabilità (art.76 DPR 28/12/00 N. 445)

**DICHIARA**

- di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- di essere residente in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

- di non esercitare la Professione di Ostetrica per (pensionamento/cambio attività lavorativa/...) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, avendo lavorato in qualità di Ostetrica \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ presso la seguente struttura (pubblica/privata) \_\_\_\_\_

Ancona, lì \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante

\_\_\_\_\_  
(esente da autentica di firma ai sensi dell'art.3, comma 10 della Legge 127/97)