

MARCA DA BOLLO  
€ 16,00

Spett.le  
Ordine degli Assistenti Sociali  
Consiglio Regionale del Trentino Alto Adige  
via Mancini, 25/8  
38122 TRENTO

**Oggetto: domanda di cancellazione dall'Albo**

Il /La sottoscritto/a .....  
regolarmente iscritto/a alla sezione ..... dell'Albo Professionale degli Assistenti Sociali della  
Regione Trentino Alto Adige al numero .....  
ai sensi della Legge 23 marzo 1993 n. 84 e del DPR 5 giugno 2001, n. 328

**CHIEDE**

di essere cancellato/a dall'Albo professionale per le seguenti motivazioni:

- Pensionamento, avvenuto in data ...../...../.....;
- Altra professione (specificare mansioni/inquadramento):  
.....;
- Non aver mai esercitato la professione di assistente sociale;
- Altre motivazioni (specificare):  
.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla

falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità,

### DICHIARA

di essere nat..... a ..... prov ..... il ...../...../.....  
Codice Fiscale ..... recapito telefonico .....  
Residente a ..... in via .....  
indirizzo e-mail ..... PEC .....

Ultima sede lavorativa:

Ente .....  
Servizio .....  
Località .....

- di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 2 della legge n. 94/1983, per esercitare la professione di Assistente Sociale o di Assistente Sociale Specialista è necessario essere iscritti all'Albo professionale;
- di non esercitare più, dalla data odierna, la professione di Assistente Sociale o Assistente Sociale Specialista;
- di non essere inquadrato/a nel profilo professionale di Assistente Sociale o Assistente Sociale Specialista;
- di essere in regola con il contributo annuale dell'anno in corso e degli anni precedenti.

Allega alla presente:

- Fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- Copia del versamento effettuato del contributo annuale per l'anno corrente.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente

nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La domanda di cancellazione, corredata dagli allegati richiesti, deve pervenire alla Segreteria dell'Ordine **entro il 31 dicembre** dell'anno in corso, pena il versamento integrale del contributo previsto per l'anno successivo. La cancellazione viene deliberata dal Consiglio Regionale e decorre dalla data di ricevimento della domanda di cancellazione (art. 10 DM 615/94). Dell'avvenuta cancellazione verrà data comunicazione. Con la cancellazione, l'ex iscritto NON PUO' più esercitare la professione di Assistente Sociale o di Assistente Sociale Specialista sia in forma pubblica che privata (art. 346 c.p.p.). La cancellazione non estingue i contributi che da successive verifiche dovessero risultare non versati, che restano comunque a carico dell'ex iscritto.

Data ...../...../.....

Firma .....