

Marca da bollo  
€ 16,00

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

**Al Consiglio dell'  
ORDINE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI  
DELLA REGIONE TRENINO ALTO ADIGE  
Via Mancini 25 int. 8  
38122 TRENTO**

Il/la sottoscritto/a cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_ )

codice fiscale: \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere cancellato dall'Albo degli Assistenti Sociali della Regione Trentino Alto Adige per il seguente motivo:

- quiescenza
- non esercita la professione
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

## **A TALE SCOPO DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modificazioni e integrazioni e della normativa vigente e consapevole che in caso di false dichiarazioni saranno applicabili le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000:

- di essere attualmente iscritto alla sezione \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_
- di non esercitare più, dalla data odierna, la professione di Assistente Sociale o Assistente Sociale Specialista;
- di essere consapevole che per esercitare la Professione di Assistente Sociale o Assistente Sociale Specialista è obbligatoria l'iscrizione all'Albo Professionale, ai sensi dell'art. 2 della Legge 84/1993;
- di essere in regola con il pagamento del contributo annuale dell'anno in corso e degli anni precedenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## **ALLEGA ALLA PRESENTE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

- ricevuta di versamento della quota di iscrizione annuale relativa all'anno in corso
- copia carta d'identità in corso di validità