

Marca da bollo € 16,00 (in base a quanto previsto dalla circolare del Ministero delle Finanze 29/E del 1.6.05) pena la non validità

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 _____ (campo obbligatorio ai sensi della legge n. 2 del 28/01/2009, articolo 16, comma 7)

C H I E D E

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, sotto la propria responsabilità:

- di essere attualmente iscritto alla sezione _____ numero _____
- di no 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