

---

**Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta**  
*Ordre des Sages Femmes de la Région Autonome Vallée d'Aoste*



---

**Domanda di cancellazione dall'Albo dell'Ordine della Professione Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta e contestuale autocertificazione**

(In bollo da € 16,00)

Il presente modulo deve essere presentato entro e non oltre il 30 Novembre dell'anno in corso.  
La cancellazione sarà valida a partire dal 1 Gennaio dell'anno successivo.

**All'Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

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

In possesso del Diploma di Ostetrica/o conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_

nell'anno accademico \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere cancellata/o dall'Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modifiche ed integrazioni, consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel caso di dichiarazione mendace,

**DICHIARA:**

- di essere nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

- via/piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

- tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

- E-mail \_\_\_\_\_

- di essere cittadina/o \_\_\_\_\_

---

**Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta**

Via Boson n.6 , 11100 AOSTA- Tel/Fax 0165/31313- C.F 80006430070

Mail: [info@ostetrichevda.it](mailto:info@ostetrichevda.it) Pec: [ostetrichevda@pec.it](mailto:ostetrichevda@pec.it)

Sito Web: [www.ostetrichevda.it](http://www.ostetrichevda.it)

---

**Ordine della Professione di Ostetrica della Regione Autonoma Valle d'Aosta**  
*Ordre des Sages Femmes de la Région Autonome Vallée d'Aoste*



- 
- di essere in regola con il pagamento delle tasse esattoriali dell'Ordine (per gli anni passati e per l'anno in corso);
  - di aver cessato l'attività professionale dal \_\_\_\_\_
  - altri motivi di cancellazione dall'Ordine \_\_\_\_\_

In fede,

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia della ricevuta del bollettino di pagamento della quota dell'anno in corso e fotocopia del documento d'identità valido.

Identificata/o con il documento in corso di validità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

La Presidente \_\_\_\_\_