

Spazio riservato alla segreteria

Progressivo
interno

N°

Annotazioni:

Protocollo

Bollo € 16,00

Richiesta di **Cancellazione** dall'**Albo**
Assistenti Sociali della Basilicata

(6)

All' Ordine Regionale degli
Assistenti Sociali della Basilicata
Via della Chimica, 61
POTENZA

I sottoscritt....., nat..... a
..... Prov..... il.....,

CHIEDE

di essere cancellat..... dall'Albo degli Assistenti Sociali della Basilicata con decorrenza (*barrare la voce che interessa*):

- immediata ; (1)*
 31 Dicembre dell'anno in corso ; (2)
 altro (specificare).....(3)

A tal proposito, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni secondo quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze di decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere previste dall'art. 75 dpr 445/2000 , ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 43 del DPR 445/2000 sotto la propria personale responsabilità, a titolo di dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art. 46 dpr 445/200):

DICHIARA :

1. di essere in regola con il pagamento di tutte le quote annali di iscrizione all'Albo;



2. di aver cessato l'esercizio della professione di Assistente Sociale o (*in alternativa*) di cessare l'esercizio della professione di Assistente Sociale dalla data di cancellazione dall'Albo; (*cancellare la voce che non interessa*)

Allega infine, anche ai sensi dell'art.38, comma 1, del DPR 445/2000, i seguenti documenti:

- 1) Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità ;
- 2) Attestazione pagamento tassa di iscrizione anno in corso (4) (5).
- 3) Tesserino plastificato di iscrizione all'Albo (laddove ritirato) o, in alternativa, (6):
 - I. Dichiara di
 - II. Allega

Luogo e data,

FIRMA

LEGENDA

- 1) *In caso di cancellazione “ **immediata** ” la data di decorrenza sarà quella di ricezione della domanda da parte della segreteria dell'Ordine (attestata da apposito timbro di protocollo).*
- 2) *Affinché venga accettata come decorrenza per la cancellazione la data del 31 dicembre dell'Anno in corso, la domanda di cancellazione deve pervenire alla segreteria del Collegio **PRIMA di tale data** . In caso di spedizione a mezzo Posta **NON fa fede la data di spedizione** .*
- 3) *In caso venga scelta una data precisa di cancellazione (opzione “Altro...”) si rammenta che essa non può essere antecedente alla data di ricezione della domanda da parte della segreteria dell'Ordine . (in caso di errore verrà automaticamente applicata la data di ricezione).*
- 4) *Si rammenta che, in ossequio alle leggi in vigore la Tassa di iscrizione non è frazionabile essa è pertanto dovuta per intero anche se la cancellazione interviene prima del 31 dicembre.*
- 5) *Nel caso di richiesta di cancellazione prima della emissione dei Bollettini di C/CP per la riscossione della tassa di iscrizione, la stessa deve essere saldata all'atto della presentazione della domanda a mezzo Bollettino Postale, a mezzo Bonifico o a mezzo di assegno bancario/circolare non trasferibile intestato a “Ordine degli Assistenti Sociali della Basilicata” .(per conoscere l'importo esatto rivolgersi alla segreteria dell'Ordine)*
- 6) *L'utilizzo del presente modulo è da considerarsi non obbligatorio : la domanda di cancellazione può essere effettuata su un qualsiasi supporto cartaceo purchè contenga le generalità esatte del richiedente, sia corredata di bollo e siano allegati i documenti richiesti .*
- 7) *Nel caso il tesserino non sia stato mai ritirato dichiarare al punto 3 I...” non aver mai ritirato il tesserino”. Nel caso il tesserino sia stato smarrito o rubato dichiarare al punto 3 I “smarrito” o rubato” e allegare copia della denuncia fatta all'autorità di P.s.*

