



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA  
DELLA PROVINCIA DI FERRARA**

Via Aeroporto, 42/a - 44124 - Ferrara  
mail [ostetriche.ferrara@libero.it](mailto:ostetriche.ferrara@libero.it)  
PEC [collegioostetricheferrara@cgn.legalmail.it](mailto:collegioostetricheferrara@cgn.legalmail.it)  
Telefono 0532902178

**Domanda di cancellazione presso l'Ordine delle Ostetriche  
della Provincia di FERRARA**

(Bollo euro 16)

Spett.le Ordine delle Ostetriche  
Di Ferrara  
Via Aeroporto 42/A  
Ferrara

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

la cancellazione dall'albo di codesto Ordine, ai sensi dell'articolo 11, lettera D), del DLCPS 233/46, con decorrenza dal

A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI dichiara:

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il / / \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti a codesto Ordine;
- di aver cessato l'attività professionale dal \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del precedente D.lgs 196 /2003.

Ferrara, / / \_\_\_\_\_

Firma

La sottoscritta incaricata \_\_\_\_\_, attesta, ai sensi della Legge  
04/01/1968, n.15, che il/la Dott.  
Identificato/a a mezzo di \_\_\_\_\_  
ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.  
Ferrara, / / \_\_\_\_\_

Firma



**ORDINE DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA  
DELLA PROVINCIA DI FERRARA**

Via Aeroporto, 42/a - 44124 - Ferrara  
mail [ostetriche.ferrara@libero.it](mailto:ostetriche.ferrara@libero.it)  
PEC [collegioostetricheferrara@cgn.legalmail.it](mailto:collegioostetricheferrara@cgn.legalmail.it)  
Telefono 0532902178

---

Allegato:

- Fotocopia Codice Fiscale
- Fotocopia documento di identità
- Marca da bollo euro 16