

**COMUNICAZIONI RELATIVE ALLE MODALITA' DI CANCELLAZIONE
DALL'ALBO PROFESSIONALE.**

***** **IMPORTANTE** *****

Solo per coloro i quali chiedono la cancellazione per PENSIONAMENTO con fine rapporto lavorativo al 31 dicembre, gli stessi dovranno presentare la domanda di cancellazione dall' 01 gennaio e sino al 15 gennaio.

Accertato l'effettivo pensionamento, il Consiglio disporrà, la cancellazione **con retrodatazione degli effetti della delibera al 1 gennaio** con **ESONERO** del pagamento della quota annuale.

Si ritiene opportuno ricordare a tutti gli iscritti che, fermo restando l'**obbligo** dell'iscrizione all'albo ai fini dell'esercizio della professione infermieristica (secondo la normativa vigente), svolta sia in regime di pubblico impiego che di libera professione, la cancellazione dall'albo comporta la impossibilità di svolgere, a qualunque titolo e in qualunque modalità, prestazioni di tipo infermieristico –sanitario; facendo presente che diversamente si potrebbe incorrere nelle sanzioni di cui all'art. 348 cp che è stato sostituito ed oggi così recita: ***"Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 10.000 ad euro 50.000. La condanna comportaomissis.... altresì la interdizione da uno a tre anni dalla professione o attività regolarmente esercitataomissis".***

Il modulo di cancellazione è reperibile sul sito istituzionale di questo Ordine ed anche presso la Segreteria, e dovrà essere compilato senza abrasioni o cancellature e va presentato all'Ordine, personalmente o spedito a mezzo raccomandata A.R (allegando copia di valido documento di riconoscimento non scaduto) **entro e non oltre il 30 NOVEMBRE dell'anno in cui si chiede la cancellazione. Le domande pervenute oltre la data suddetta, comporteranno il pagamento della tassa annuale per l'anno successivo.**

E' OBBLIGATORIO indicare nella domanda la motivazione per la quale si richiede la cancellazione, la quale però **NON** potrà essere genericamente indicata come **"RINUNCIA"**. **Altresì, NON PUO' ESSERE INDICATO genericamente come motivazione "MOTIVI DI SALUTE"**, poiché la condizione di salute può essere una condizione temporanea di mancato esercizio della professione sanitaria. Ricordando che **L'obbligo di iscrizione infatti sussiste sino a quando non venga a cessare in via ufficiale un rapporto lavorativo dipendente oppure vi sia libera scelta sulla cessazione di un rapporto di lavoro autonomo.**

Se la motivazione indicata è per PENSIONAMENTO dovrà essere specificata la struttura sanitaria presso la quale si è prestata l'attività professionale e la domanda dovrà essere presentata SOLTANTO dal giorno successivo al conseguito pensionamento; in caso contrario la domanda verrà rigettata.

E' NECESSARIO:

1. Compilare la domanda di cancellazione in Marca da bollo da **€16,00**;
2. Fotocopia in carta semplice di tutte le facciate di un documento d'identità (carta d'identità, patente, passaporto)
3. Alla domanda deve essere allegata la tessera d'iscrizione all'Ordine, in caso questo documento non sia più in possesso dell'interessato, alla domanda deve essere allegata copia della denuncia di smarrimento ai carabinieri.
4. Se si chiede la cancellazione per PENSIONAMENTO compilare anche il modulo di autocertificazione previsto nella domanda di cancellazione;
5. Essere in regola con i pagamenti della tassa annuale (ai sensi degli articoli 4, 14 e 21 del Dlgs 13 settembre 1946 n. 233);

La domanda non esime dal pagamento della quota annuale d'iscrizione per l'anno in corso anche se presentata il 2 gennaio.

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE
DALL'ALBO PROFESSIONALE**

Marca da
Bollo
€16,00

**Al Presidente
dell'Ordine delle Professioni
Infermieristiche di Latina (OPI di
Latina)**
Viale P.L. Nervi 228 -
04100 Latina LT

(Prima di compilare leggere attentamente le modalità e comunicazioni sopra riportate).

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
_____ nato/a il _____ a/in _____ Prov. _____
_____ residente in Via/Viale/Piazza _____ n. _____
_____ nel Comune di _____ località _____
_____ CAP _____ Telefono _____ Cell _____ PEC _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Professionale di codesto Ordine come:

☐ **Infermiere**

☐ **Infermiere Pediatrico**

**A TAL FINE CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' E DELLE PENE STABILITE DALLA
LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI O MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA
PERSONALE RESPONSABILITÀ'(ART. 76 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)**

Dichiara ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000
(barrare obbligatoriamente la casella che interessa)

Di chiedere la cancellazione dall'Albo per la seguente motivazione:

- ☐ cessata attività professionale in qualità di _____
[specificare dipendente/libero professionista] dal giorno _____ [gg/mm/aaaa]
presso la struttura pubblica/privata _____ [indicare nome
della struttura]

o **se per pensionamento specificare ulteriormente:**

- **data di cessazione dal servizio:** _____
- **matricola:** _____

**[ATTENZIONE: la cancellazione per pensionamento non può essere richiesta prima
della collocazione effettiva in quiescenza]**

- ☐ non esercizio della professione sanitaria in ITALIA [**N.B residenza in Italia**]
- **In questo caso specificare un indirizzo italiano (completo) a cui inviare la comunicazione di
avvenuta cancellazione:** _____
- ☐ residenza all'estero [**iscrizione AIRE**]
- **In questo caso specificare un indirizzo italiano (completo) a cui inviare la comunicazione di
avvenuta cancellazione:** _____

- ☐ non aver mai esercitato la professione sanitaria per la quale è iscritto/a all'Albo
- ☐ esercizio altra professione a decorrere dal/...../ [giorno/mese/anno]
- ☐ Altro (specificare motivazione): _____

Inoltre DICHIARA

- Di essere a conoscenza di non poter più svolgere la relativa attività professionale né quale libero professionista, né quale lavoratore dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato pubblici o privati né in forma di volontariato;
- Di essere a conoscenza, altresì delle norme vigenti all'esercizio professionale, che l'iscrizione all'albo rappresenta requisito abilitante e permanente per esercitare la professione e che, operando in carenza della dovuta prescrizione, sa di compiere "abuso di professione" delitto contemplato e punito ai sensi dell'art. 348 del Codice penale;
- Di essere informato della "Clausola sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR). I dati personali conferiti con il presente modulo, già acquisiti o di nuova raccolta, sono trattati dall'Ordine Professionale in qualità di Titolare del trattamento esclusivamente per le medesime finalità istituzionali per le quali è stata resa l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR in sede di iscrizione all'Albo. Il trattamento avviene nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, con modalità cartacee e/o informatiche, e nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente. L'interessato conserva i diritti previsti dagli articoli 15 e seguenti del GDPR".

Dichiaro altresì di essere informato/a che, qualora abbia attivato una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) gratuita fornita dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Latina, in caso di cancellazione dal suddetto Albo, tale servizio verrà disattivato dal giorno successivo alla data della delibera di cancellazione (N.B Si raccomanda di provvedere per tempo all'eventuale attivazione di una nuova casella PEC personale, qualora fosse necessaria per le proprie esigenze personali).

Latina, _____

Firma

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del DPR 28/12/2000 n. 445)

Allega:

- ☐ **MARCA DA BOLLO DA € 16,00;**
- ☐ **IL TESSERINO D'ISCRIZIONE ALL'ALBO IN ORIGINALE (O SUA DENUNCIA DI FURTO/SMARRIMENTO);**
- ☐ **COPIA DELLA RICEVUTA DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO RELATIVA ALL'ANNO CORRENTE**
- ☐ **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (SOLO IN CASO DI PENSIONAMENTO)**

AVVERTENZA: Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (Art. 75 DPR 445/2000).

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

[] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del / della

Dott/Dott.ssa /Sig./Sig.^{ra} _____

(Timbro e firma dell'impiegato Ordine)

.....

Da compilarsi SOLO in caso di pensionamento.

**Al Presidente
dell'Ordine delle
Professioni
Infermieristiche
di Latina (OPI di
Latina)**

Viale P.L. Nervi 228 -
04100 Latina LT

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA QUALITA' DI
PENSIONATO**

(art. 46 DPR 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____, via _____,
n° _____
In relazione alla domanda di cancellazione presentata all' Ordine di Latina il giorno _____

consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di essere pensionato/a dal giorno _____ avendo lavorato presso l'Ente o
Azienda sanitaria (specificare) _____ fino al giorno _____
_____ con il numero di matricola _____.

Luogo e Data

_____, _____

IL DICHIARANTE

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del DPR 28/12/2000 n. 445)

(La firma sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione NON va mai autenticata). Nelle ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/28.12.2000.

Informativa ai sensi dell'art. 13 della legge 196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.