

Marca da bollo
Euro 16,00

Al Presidente
dell'Ordine Professionale Assistenti Sociali
della Regione Toscana
Viale Spartaco Lavagnini 18
50129 Firenze - FI

La/Il sottoscritto/a.....

Nato/a a il.....

Residente in

Via/piazza..... n°..... Tel.....

Cell..... E-mail.....

Numero Albo

Chiede la cancellazione dall'Albo professionale dall'anno.....

Inoltre dichiara di non svolgere più alcuna attività professionale di Assistente sociale per i seguenti motivi:

- Trattamento di quiescenza a partire dalla data.....
Ente di appartenenza.....
Indirizzo dell'Ente.....

- Trasferimento ad altre mansioni all'interno dell'Ente di appartenenza a partire dalla data.....
Ente di appartenenza.....
Indirizzo dell'Ente.....

- Cessazione di attività di libera professione dalla data.....
Eventuale data di chiusura partita IVA

- Non esercizio della professione.

In fede

Firma

Data_____

Si allega. Fotocopia documento d'identità in corso di validità