Al Consiglio Regionale

 Bollo ORDINE ASSISTENTI SOCIALI

 Euro DELLA REGIONE MARCHE

 16.00 Via F. Podesti, 42

 60122 ANCONA

Oggetto : domanda di cancellazione dall’albo Assistenti Sociali delle Marche

....l... sottoscritt ... ­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat.... a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritt ....... a codesto Albo professionale, sezione \_\_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

la cancellazione dall’Albo degli Assistenti Sociali della Regione Marche.

A tal scopo dichiara, sotto la propria responsabilità ai sensi dell’art. 46 e 47 del D. P.R. 28 dicembre 2000 n° 445,

* di non esercitare la professione di Assistente Sociale, perché
* svolgo altra professione/attività
* pensionamento
* disoccupato/a
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

 Fotocopia di un documento valido di identità

 Allegato A

Copia della quietanza di versamento dell’ultimo contributo annuale

.....l..... sottoscritt..... dichiara inoltre di essere a conoscenza che in caso di false dichiarazioni saranno applicabili le sanzioni penali previste dall’art. 76 del D. P. R. 445/2000.

 Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

ALLEGATO A

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nel presentare la domanda di cancellazione, DICHIARA di essere a conoscenza di quanto segue:

1. Ai sensi del DM. N° 615/1994 art. 10, la cancellazione deve essere deliberata dal Consiglio dell’Ordine e decorre dalla data di ricevimento della domanda (non fa fede il timbro postale)
2. Il pagamento del contributo annuale costituisce obbligo per l’iscritto all’Albo (legge n° 84/1993 art. 3 co. 2 e D.M n° 615/1994 art. 2 co. 3 – c) a prescindere dall’effettivo esercizio della professione.
3. Il pagamento del contributo annuale è dovuto fino all’anno in corso, cioè fino all’anno di ricevimento della domanda di cancellazione.
4. Ai sensi del “Regolamento per la riscossione dei contributi annuali di iscrizione all’Ordine degli Assistenti Sociali delle Marche” (del. 3/2015 del 21/01/2015), l’accoglimento della regolare richiesta di cancellazione dall’Albo non comporta in alcun modo la rinuncia da parte dell’Ordine al recupero di eventuali contributi non versati, che continueranno a costituire crediti esigibili nelle forme di legge, anche a mezzo di procedure di riscossione coattiva.
5. La cancellazione dall’Albo non verrà deliberata in caso di esistenza di un procedimento disciplinare in corso, non ancora concluso, a carico del sottoscritto.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_