

Marca da bollo da
€ 16,00

**Spett.le Ordine Assistenti Sociali
Consiglio Regionale della Liguria
Via XXV Aprile, 16/7
16123 Genova (GE)
oasliguria@pec.it**

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE
DALL'ALBO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI
Anno 2023**

Il /La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____
Residente a _____ (Prov. _____) CAP _____
Via _____ N° _____
Codice Fiscale _____
Tel. _____ E-mail _____

CHIEDE

Di essere cancellato dall'Albo degli Assistenti Sociali della Liguria¹

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità².

¹La domanda può essere consegnata a mano o spedita con raccomandata A/R. o Posta Elettronica Certificata e deve pervenire entro e non oltre il 31/12 dell'anno in corso, pena la corresponsione della quota di iscrizione anche per l'anno seguente.

La cancellazione viene deliberata dal Consiglio Regionale e decorre dalla data di ricevimento della domanda (DM 615/94, art. 10).

Il richiedente riceverà comunicazione scritta dell'avvenuta cancellazione e la stessa verrà comunicata anche al datore di lavoro.

Con la cancellazione, l'ex-iscritto non può più esercitare la professione di Assistente Sociale sia in forma pubblica che privata (Art. 346 c.p.p.).

La cancellazione può essere effettuata solamente se non sussistono morosità verso l'Ente.

²La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell'autenticazione della firma si allega copia fotostatica del documento di identità.

DICHIARA

- ✓ Di essere iscritto/a all'Albo **A** degli Assistenti Sociali della Liguria con il N° _____;
- ✓ Di essere iscritto/a all'Albo **B** degli Assistenti Sociali della Liguria con il N° _____;
- ✓ Di essere consapevole che, ai sensi dell'art. 2 della Legge 94/1993, per esercitare la professione di assistente sociale o di assistente sociale specialista è obbligatorio essere iscritti all'Albo Professionale e che quindi la cancellazione è possibile solo dopo la data effettiva di collocamento a riposo o di cambio di attività lavorativa/cambio profilo professionale;
- ✓ Di essere in regola con il pagamento dei contributi annuali;
- ✓ Di essere consapevole di dover effettuare preventivamente, qualora ritenuto necessario, il backup dei messaggi contenuti nella casella di posta elettronica certificata sopra indicata come da cancellare ed autorizza, a seguito della presente richiesta, il Consiglio Regionale dell'Ordine degli Assistenti sociali della Liguria, ad effettuare la cancellazione della casella stessa e del relativo contenuto, esonerando il Consiglio Regionale dell'Ordine degli Assistenti sociali da ogni responsabilità al riguardo

COMUNICA

Che la motivazione della richiesta è:

- Pensionamento a far data dal _____
- Cambio attività³
- Altro, specificare _____

DICHIARA

- Che a far data dal _____ svolge l'attività di _____
- che a far data dal _____ il suo nuovo profilo professionale è _____

DICHIARA

- che il proprio datore di lavoro è _____

³ In caso di cambio attività compilare la sezione successiva con l'indicazione dell'attività svolta. Si rammenta che l'assunzione di funzioni diverse (dirigenza o simili) senza un eventuale cambio di profilo professionale non danno corso alla decadenza della professione di assistente sociale e alla conseguente cancellazione dall'Albo professionale.

ALLEGA:

- ✓ Copia del versamento della quota dell'anno in corso.
- ✓ Copia di un documento d'identità in corso di validità.

Data _____ li ____/____/_____ Firma: _____