



Exm^o (a) Senhor (a)
Presidente do Conselho Directivo

- Regional da R.A. dos Açores
- Regional do Centro
- Regional da R.A. Madeira
- Regional do Norte
- Regional do Sul

(nome)

membro nº ___ - E - _____ da Ordem dos Enfermeiros, vem por este meio requerer * o/a

- cancelamento** (Implica nova inscrição caso venha a retomar a actividade)
- suspensão** (Pode solicitar a reactivação caso venha a retomar a actividade)

(* É favor assinalar a sua opção)

da sua inscrição na Ordem dos Enfermeiros, pelo seguinte motivo: _____

- Procedo à devolução da minha cédula profissional.
- Não procedo à devolução da minha cédula profissional em virtude de ^{a)} _____

- Regularizo as quotas em dívida no montante de _____, _____ € por ** numerário / cheque nº _____ sobre o banco _____). (** É favor riscar o que não se aplicar)

_____, ____ de _____ de _____

Ass. _____

Nota Importante: A efectivação do cancelamento ou suspensão obriga à devolução da Cédula Profissional ^{a)} e a ter as quotas regularizadas até à data de recepção do pedido.

a) A perda, extravio ou furto obrigam à prova de participação às autoridades (Cf. Art^o 16^o n^o 3) do REGULAMENTO DE INSCRIÇÃO ATRIBUIÇÃO DE TÍTULO E EMISSÃO DE CÉDULA PROFISSIONAL)

A inutilização da Cédula Profissional obriga à devolução da mesma (Cf. Art^o 16^o n^o 2) do REGULAMENTO DE INSCRIÇÃO ATRIBUIÇÃO DE TÍTULO E EMISSÃO DE CÉDULA PROFISSIONAL)

Uso exclusivo dos serviços da Ordem

Anexar cédula
profissional devolvida

Está conforme e foi recebido

em ____ - ____ - ____

Rubr. _____

VISTO e AUTORIZADO pelo C D R

em ____ - ____ - ____

Rubr. _____

Efectivado

em ____ - ____ - ____

Rubr. _____