

**VERBALE DI DELIBERAZIONE N. 1.813**  
**DEL CONSIGLIO REGIONALE**

**OGGETTO:** **RICHIESTA DI CANCELLAZIONE DALLA SEZ. B DELL'ALBO PROFESSIONALE DEGLI ASSISTENTI SOCIALI DEL TRENINO ALTO ADIGE: A.S. LIBERA SABRINA**

*Nell'anno duemilaquindici, addì tredici del mese di novembre ad ore 14.00, nella sala riunioni della sede dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Trentino Alto Adige, in Trento, Via Mancini 25/8, convocato dalla Presidente a mezzo avviso recapitato ai singoli componenti e per conoscenza ai Revisori dei Conti, si è riunito il Consiglio Regionale dell'Ordine in seduta ordinaria non pubblica.*

**Presiede:**

*Il Presidente* **COLLINI Monica**

**Sono presenti:**

*I Consiglieri*

**POVOLERI Marilisa**  
**FRIZZIERO Marta**  
**TURRINA Amelia**  
**GERVASI Mariarita**  
**ZADRA Maria Angela**

**Sono assenti**

**BENEDETTI Karolina**  
**PAOLAZZI Elisa**  
**SONNA Anna Rita**  
**GIAMMARCO Elena**

**TESORIERE**

**PRENOTATO L'IMPEGNO DI SPESA AL CAPITOLO**

.....  
**DEL BILANCIO DI PREVISIONE**

**PER L'ANNO.....**

**SEGRETARIO**

**ATTO SOGGETTO AD INVIO AL MINISTERO VIGILANTE**

**SI NO**

-----  
**INVIATO IN DATA.....**

**PROT.N.....**

**ATTO SOGGETTO AD INVIO AL CONSIGLIO NAZIONALE**

**SI NO**

**INVIATO IN DATA.....**

**PROT.N.....**

**F.to IL SEGRETARIO**

**( )**

**OGGETTO: Richiesta di cancellazione dalla sez. B dell'Albo Professionale degli  
Assistenti Sociali del Trentino Alto Adige: A.S. Libera Sabrina**

Il relatore comunica:

L'A.S. **Libera Sabrina** ha richiesto la cancellazione dalla sez. B dell'Albo degli Assistenti Sociali della Regione Trentino Alto Adige

Dall'esame della documentazione prodotta la richiedente, risulta in possesso dei requisiti previsti dalla normativa.

In presenza dei requisiti si può procedere alla cancellazione dalla sez. **B** dell'albo degli Assistenti Sociali della Regione Trentino Alto Adige.

**IL CONSIGLIO REGIONALE**

- Udita la relazione
- Vista la L. 23.03.1993 N. 84
- Visto il DM 11.10.1994 N.615 e s.m.
- Vista la richiesta presenta dal A.S. **Libera Sabrina**
- Visto l'atto di indirizzo del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali prot. N° 845/2000
- Visto il D.P.R.. 5 giugno 2001 n° 328 recante: "Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti";
- Visto l'atto d'indirizzo del Consiglio Nazionale dd. 01.02.2001 prot. n. 229/02 per l'applicazione del D.P.R. n. 328/2001.
  
- Uditi
  - Il Presidente che esprime parere favorevole in merito alla legittimità
  - Il Tesoriere che esprime parere favorevole in merito alla regolarità contabile

a voti unanimi espressi a norma di legge


**DELIBERA**

1. Di accogliere la richiesta di cancellazione del A.S. **Libera Sabrina** dalla sez. B dell'Albo degli Assistenti Sociali della Regione Trentino Alto Adige;
2. Dispone la cancellazione della stessa dalla sez. B dell'Albo, degli Assistenti Sociali della Regione Trentino-Alto Adige al corrispondente numero.
3. Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza;

\*\*\*\*\*

*Data lettura del presente verbale, viene*  
**APPROVATO**  
*con N. 6 voti favorevoli*  
*con N. \_\_\_\_\_ voti contrari*  
*con N. \_\_\_\_\_ voti astenuti*  
*e sottoscritto.*

**PRESIDENTE**  
*Ass. Soc. Collini Monica*



**IL SEGRETARIO**  
*Ass. Soc. Turrina Amelia*



---

*Copia conforme all'originale, in carta libera per  
uso amministrativo.*

*Trento, li .....*

**IL SEGRETARIO**  
*Turrina Amelia*

---

**RELAZIONE DI  
PUBBLICAZIONE**

**IL PRESENTE E' IN PUBBLICAZIONE  
ALL'ALBO DELLA SEDE DELL'  
ORDINE**

**DAL .....  
PER 10 GIORNI CONSECUTIVI.**

**F.to IL SEGRETARIO**  
( \_\_\_\_\_ )