

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FORLÌ-CESENA**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il _____,
residente a _____ prov. _____
in Via _____ iscritto all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI con
numero d'ordine

CHIEDE

la **CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'Enpam;
- l'assenza di procedimenti penali pendenti.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FORLÌ-CESENA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

Data

.....