

(Bollo € 16,00)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL V.C.O.**

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 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

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.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....