

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FOGGIA**

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 D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000 e successive modifiche e integrazioni, 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. - D.P.R. 28.12.2001 N. 445),

DICHIARA

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

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 FOGGIA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del
D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ ha
sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DOCUMENTI DA PRESENTARE

- Marca da bollo € 14,62;
- Fotocopia quietanze versamenti ultimi due anni ENPAM ed Ordine;
- Documento d'identità valido.