

**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 € 16,00;
- Fotocopia quietanze versamenti ultimi due anni ENPAM ed Ordine;
- Documento d'identità valido.