

(marca da bollo)
(da € 14,62)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA.**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il
_____, residente a _____ prov.
_____ in Via _____ iscritto all'Albo dei
Medici Chirurghi/ Odontoiatri con numero d'ordine _____

CHIEDE

la **CANCELLAZIONE** DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI 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 28/12/2000 n.445),

DICHIARA

- di non essere a conoscenza di procedimenti penale e disciplinari pendenti
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'Enpam.

Data : _____ FIRMA (*) _____

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento, (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

ALLEGARE: Tesserino dell'Ordine o in caso di impossibilità dichiarazione di smarrimento o furto.

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

* * * * *

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto _____-incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28/12/2000 n.445, che il Dott. _____ identificato a mezzo _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____ scadenza _____

Data _____ Firma del legalizzante _____

(qualifica professionale C2 / B2)