

(Bollo € 16,00)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

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

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 della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 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. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

- l'assenza di procedimenti penali pendenti.
- di aver provveduto al pagamento delle quote associative dovute all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM fino all'anno in corso

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 LIVORNO

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

*Se la domanda viene spedita per posta in sostituzione della autentica riportata sul retro è necessario allegare fotocopia documento di identità personale