

SPAZIO
MARCA
DA BOLLO € 16,00

Spett.le
Ordine provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri - Macerata
Via Famiglia Palmieri n°6 - 62100, Macerata

A mezzo PEC: protocollo.mc@pec.omceo.it

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL' ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/DEGLI ODONTOIATRI

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/DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - D.P.R. 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. - D.P.R. 28 dicembre 2000, 445), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

DATA

FIRMA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MACERATA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. - D.P.R. 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

.....