

(Bollo € 16,00)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E ODONTORIATRI
DI SONDRIO**

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.

Con decorrenza: immediata al 31 dicembre dell'anno in corso

Per: rinuncia all'iscrizione trasferimento della residenza all'estero

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.

Allega alla presente fotocopia documento di identità

Data

Firma

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE (art. 75 DPR 445/2000)

N.B. In caso di incapacità del richiedente o, comunque, di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del modulo, la domanda potrà essere presentata dal legale rappresentante del richiedente avendo cura di allegare una copia della procura, della sentenza di nomina di tutore o di curatore, ovvero una certificazione e copia del documento di identità, redatta ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 attestante la qualità di legale rappresentante, di tutore, di curatore e simili