

Marca  
da bollo  
€14,62

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI

All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Nuoro

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

iscritto/a all'ALBO MEDICI CHIRURGHI con numero d'ordine \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la **CANCELLAZIONE DALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, *lett. d)* DLCPS 233/46.

A tal fine e ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46, 47 e 76, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

### DICHIARA

- di essere in regola con i pagamenti relativi alla tassa di iscrizione di appartenenza all'Ordine e ai contributi ENPAM, di cui agli artt. 4 e 21 del DLCPS n. 233/46;
- l'assenza di procedimenti penali pendenti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B.** IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE.