

Marca
da bollo
€14,62

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO ODONTOIATRI

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 ODONTOIATRI** con numero d'ordine _____

CHIEDE

la **CANCELLAZIONE DALL'ALBO ODONTOIATRI** 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.