

(marca da bollo)  
(da € 16,00)

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA.**

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. 6 lett C DLCPS 233/46.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 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. – DPR 28/12/2000 n.445),

**DICHIARA**

- di non essere a conoscenza di procedimenti penale e disciplinari pendenti
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'Enpam.

Data : \_\_\_\_\_ FIRMA (\*) \_\_\_\_\_

(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento, (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

**ALLEGARE: Tesserino dell'Ordine in originale. In caso di smarrimento o furto allegare copia della denuncia .**

\* \* \* \* \*

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_-incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28/12/2000 n.445, che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in mia presenza.

Data \_\_\_\_\_ Firma del legalizzante \_\_\_\_\_