

Marca  
da  
Bolli  
€ 16,00

## **DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE**

**Spett.le  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Gorizia**

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri con numero/i d'Ordine \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

#### **LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**

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

- per rinuncia all'iscrizione
- per trasferimento all'estero

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R.445/2000), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Data

Firma

**AVVERTENZA: Il/La dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.**

\*\*\*\*\*

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445/2000 che il/la Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_ identificato/a a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma del funzionario  
che riceve l'istanza