

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 DEGLI ODONTOIATRI

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