

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI AVELLINO**

Il/la sottoscritto/a _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

D I C H I A R A

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____ ;

- codice fiscale _____ ;

- di essere residente a _____ prov. _____ ;

-Via _____

cell. _____ email _____ ;

- di essere cittadino/a _____ ;

- Iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di questa provincia al n. _____ dal _____

- Iscritto/a all'Albo degli odontoiatri di questa provincia al n. _____ dal _____

C H I E D E LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

*dei medici chirurghi

* degli odontoiatri

per:

- rinuncia all'iscrizione
- cessato esercizio dell'attività professionale
- trasferimento all'estero
- altro motivo

D I C H I A R A

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR445/2000;

- di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso
- di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

Data

Firma