Marca da bollo da €. 16,00

Modello scaricabile

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI AGRIGENTO

Oggetto: DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI O ODONTOIATRI

Il/La Sottoscritto/a Dr. _____nato/a_____

Il_____residente a _____in Via_____ n._____, iscritto all'Albo dei Medici-Chirurghi/Odontoiatri dal_____con n°_____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo dei Medici-Chirurghi/odontoiatri di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11 lett, d) D.L.C.P.S. 233/1946. Ai sensi e per gli effetti del T.U. – D.P.R. 28/12/200, n. 445, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità, dichiara l'assenza di procedimenti penali pendenti e di essere ad oggi, in regola con il pagamento della tassa annuale di iscrizione all'Albo.

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento.