



Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Agrigento

Cod. Fiscale 80000890840 tel. 0922/20110 – E-mail segreteria@ordinedeimedici.agrigento.it Pec segreteria@ag.omceo.it

Marca da bollo da €. 16,00

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 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.

Agrigento lì, _____ Firma _____