

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE
in marca da bollo da Euro 16,00**

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI RIMINI

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____, residente a
_____ prov. _____ in Via _____
_____ iscritto all'ALBO DEI MEDICI
CHIRURGHI/ODONTOIATRI

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di questo Ordine (ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46).

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 nr.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 nr.445),

DICHIARA

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'Enpam;
- l'assenza di procedimenti disciplinari e penali pendenti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e di aver manifestato il consenso ai sensi dell'art. 23 del suddetto decreto.

Data,

Firma

Si prega di allegare documento d'identità

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA