

**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 _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ prov. _____ CAP _____
in Via _____ N° _____
indirizzo e-mail _____ @ _____
indirizzo PEC _____ @ _____

(Legge 28/1/2009 n. 2 di conversione D.L. 29/11/2008 n. 185)

iscritto

all' Albo dei MEDICI CHIRURGHI e/o all' Albo degli ODONTOIATRI

Pos. N. _____

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di questo Ordine (ai sensi dell'art. 11, lett. d - DLCPS 233/46).

per il seguente motivo:

- Cessato esercizio dell'attività professionale
- Trasferimento all'estero
- Altro motivo (specificare) _____

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 Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE/2016/679) e di aver manifestato il consenso ai sensi dell'art. 7 del suddetto regolamento.

Data

Firma

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità