

**Istanza di cancellazione dall'Albo professionale  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia  
di Perugia**

Marca da Bollo  
€ 16,00

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo e n. civico \_\_\_\_\_

Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo

dei MEDICI CHIRURGHI

ISCRIZIONE N.

degli ODONTOIATRI

ISCRIZIONE N.

**DICHIARA**

di essere in regola con il pagamento delle tasse di iscrizione dovute a codesto Ordine, compreso l'anno in corso e di non avere procedimenti e/o provvedimenti disciplinari in corso

**CHIEDE**

la CANCELLAZIONE dall'Albo  dei MEDICI CHIRURGHI  degli ODONTOIATRI

di codesto Ordine ai sensi dell'art. 11, lett. D, DLCPS 233/46 per la seguente motivazione:

CESSAZIONE ATTIVITA'

TRASFERIMENTO ALL'ESTERO

RINUNCIA ISCRIZIONE ALBO

**(SOLO PER MEDICI ISCRITTI AD ENTRAMBI GLI ALBI CHE INTENDONO CANCELLARSI SOLO DALL'ALBO MEDICI O DALL'ALBO ODONTOIATRI)**

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 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 n. 445)

DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

**N.B. Allegare copia di un documento di identità in corso di validità**