

Bollo
€ 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ cap _____
in Via _____
Di essere Domiciliato (indicare solo se diverso dalla residenza) a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____
Tel. _____ cell. _____ E-mail _____

CHIEDE

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

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 e/o DISCIPLINARI PENDENTI.

Data _____

FIRMA

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

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA**
(Riservato ai dipendenti)

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell' articolo 30 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445; che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL' ALBO PROFESSIONALE

- 1. FOTOCOPIA DELLE RICEVUTE DI PAGAMENTO DELLA TASSA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO (TRIBUTO 540) E DEI CONTRIBUTI ENPAM (TRIBUTO 539), RELATIVE ALL'ANNO IN CORSO E A QUELLO PRECEDENTE;***
- 2. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA';***