

(Bollo Euro 16,00)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
ASCOLI PICENO**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____, il _____,

residente a _____ prov. _____ in Via _____

C.F. _____ iscritto all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI

con numero d'Ordine _____

CHIEDE

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

(specificare il motivo della cancellazione).

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.
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti dall'Ordine.

In attesa di un cortese cenno di riscontro, porge cordiali saluti.

FIRMA

.....

Data

N.B.

- 1) - **Fotocopia di un documento di riconoscimento con attestazione di copia conforme all'originale, datata e _____ sottoscritta direttamente dal richiedente.**
- 2) - **Restituzione del tesserino rilasciato dall'Ordine**
- 3) - **Restituzione ricettario per la prescrizione di sostanze stupefacenti**

