

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE**

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di questa provincia al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri di questa provincia al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO**

- dei Medici Chirurghi**  
 **degli Odontoiatri**

per:

- rinuncia iscrizione  
 cessata attività professionale  
 trasferimento all'estero  
 altro motivo \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR445/2000

- di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso  
 di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**(Allegare fotocopia documento ai sensi dell'art.38, comma 3, del DPR n.445/2000)**

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