

Marca da bollo
da € 16,00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DI TREVISO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____, il _____;
residente in _____ CAP _____ prov. _____;
in via _____ tel. _____/ _____;
iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi al numero di posizione _____

CHIEDE

la CANCELLAZIONE dall' ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d)
DLCPS 233/46 per il seguente motivo _____;

DICHIARA

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all' Ordine per l'anno in corso.
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

Firma _____

(Riservato all' Ordine)

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai
sensi del DPR 445/2000 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____
ha sottoscritto in sua presenza l' istanza.

Data.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DA PRESENTARE CON LA DOMANDA

- Documento personale (carta d'identità / patente / passaporto)

N.B.: La firma nella domanda deve essere apposta all'atto della sua presentazione avanti al dipendente dell'Ordine addetto a riceverla.