

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... Prov. .... Il .....  
residente in ..... CAP ..... prov. ....  
in via ..... tel/cell .....  
e-mail ..... PEC .....  
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) DLCP 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 la dichiarazione di cui sopra.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve la dichiarazione

.....

**N.B.:** Se la presente viene presentata personalmente alla segreteria dell'Ordine, la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla.

Viceversa, se la presente viene presentata da un terzo o inviata per posta, la stessa deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

**Si allega alla presente:**

- copia di 1 documento di identità in corso di validità