

DOMANDA CANCELLAZIONE ALBO A RICHIESTA

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____)
il _____ Codice Fiscale _____
residente a _____ (prov. _____)
Via/Piazza _____ n. _____

Iscritto/a all'Albo:

- MEDICI CHIRURGHI
- ODONTOIATRI
- ENTRAMBI

CHIEDE

La CANCELLAZIONE da:

- ALBO MEDICI CHIRURGHI
- ALBO ODONTOIATRI
- ENTRAMBI

Di codesto Ordine, avendo posto fine ad ogni attività per:

- CESSATA ATTIVITA'
- TRASFERIMENTO ALL'ESTERO

Luogo e data _____

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 – D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____)
il _____ consapevole delle responsabilità delle pene stabilite
dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 – D.P.R.
Dicembre 2000 n. 445)

DICHIARA

- Di aver cessato la propria attività professionale
- Di non essere a conoscenza di procedimenti penali pendenti
- Di essere in regola con il pagamento dei tributi dovuti all'Ordine ed all'ENPAM

Data _____

FIRMA

DOCUMENTI NECESSARI PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO A RICHIESTA DELL'INTERESSATO:

Domanda in bollo indirizzata All'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Teramo. La sottoscrizione dell'istanza non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto, **ovvero l'istanza sia presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.**