

## 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 aver riportato condanne penali
- Di essere in regola con il pagamento dei tributi 539 e 540 (ENPAM e Ordine di appartenenza)

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.**