

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ iscritto all'ALBO DEI MEDICI  
CHIRURGHI/ODONTOIATRI con numero d'ordine \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la cancellazione dall'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARA**

- **di non aver procedimenti penali pendenti;**
- **di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'ENPAM.**

**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 .....

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI CATANIA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U.-DPR 28 dicembre n.445, che il Dott. \_\_\_\_\_, identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_, ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza