Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Lecce

Marca da bollo

€ 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI

Al CONSIGLIO DIRETTIVO
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI LECCE

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa_____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____, residente a _____ prov. _____ in via _____ tel. _____ cellulare _____ e-mail _____

iscritto all'ALBO dei MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine al numero ____di iscrizione;

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo dei MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine con decorrenza dalla data in cui il Consiglio delibererà la effettiva cancellazione per:

- o Cessato esercizio dell'attività professionale
- o Trasferimento all'estero
- o Altro motivo :

_____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',

DICHIARA

l'assenza di procedimenti penali pendenti e la regolarità con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all' ENPAM.

Allegare alla presente domanda la seguente documentazione obbligatoria:

- Fotocopia documento di identità.

Lecce, _____Firma _____