Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Lecce

Marca da bollo

€ 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE DA PARTE DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DEL MEDICO CHIRURGO /ODONTOIATRA

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

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

in qualità di Amministratore di sostegno del sottoindicato Medico Chirurgo/Odontoiatra,

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri del/della Dott./Dott.ssa _____iscritto

- all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine al numero ____di iscrizione;
- all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine al numero ____di iscrizione;

con decorrenza dalla data in cui il Consiglio delibererà la effettiva cancellazione per:

- Cessato esercizio dell'attività professionale
- Trasferimento all'estero
- 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 da parte del Medico/Odontoiatra.

Allegare alla presente domanda la seguente documentazione obbligatoria:

- Provvedimento del Giudice Tutelare di nomina dell'amministratore di sostegno;
- Verbale di giuramento dell'Amministratore di sostegno;
- Attestazione di conformità all'originale della copia del Provvedimento del Giudice Tutelare e del verbale di giuramento dell'Amministratore di sostegno;
- Fotocopia documento di identità del Medico/Odontoiatra per cui è richiesta la cancellazione;
- Fotocopia documento di identità dell'Amministratore di sostegno nominato.

DA FIRMARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA

Lecce, _____Firma _____