

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

MARCA
DA BOLLO

€ 16,00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI PRATO

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____

In Via _____ Tel./Cell. _____

Iscritto/a all'ALBO PROFESSIONALE DEI MEDICI CHIRURGHI con il numero.....

Iscritto/a all'ALBO PROFESSIONALE DEGLI ODONTOIATRI con il numero.....

CHIEDE la CANCELLAZIONE DALL' ALBO

dei Medici Chirurghi

degli Odontoiatri

Per il seguente motivo:

Rinuncia all'iscrizione

Cessazione attività professionale

Trasferimento all'estero

Altro motivo

e, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 di tale DPR, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- l'assenza di procedimenti penali pendenti.
- DICHIARA altresì di essere in regola con il pagamento delle tasse annuali dovute all'ORDINE e all'ENPAM
- Di riconsegnare, unito alla presente, il tesserino d'iscrizione
- di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del GDPR 679/16;

DATA _____

FIRMA

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

INVIO DELLA DOMANDA PER POSTA

Ai sensi dell'art.38, comma3, del DPR n.445/2000 deve essere allegata FOTOCOPIA non autenticata di un documento d'identità in corso di validità.

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Presentazione diretta all'impiegata addetta.

Identificato/a con documento di riconoscimento.....

N°.....rilasciato da.....

In data....., e Visto Firmare

L'impiegato addetto
