

MODULO DI CANCELLAZIONE ALBO

marca da
bollo € 14,62

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGH
E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov _____ il _____ ;
residente a _____ cap _____ prov. _____ ;

Isritto all'Albo DEI MEDICI CHIRURGHI AL n° _____
 DEGLI ODONTOIATRI AL n° _____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo di Codesto Ordine, ai sensi dell'art.11 lett.d dec. DLCPS 233/46.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

di non avere procedimenti penali pendenti (in caso contrario specificare)
di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'ENPAM.
(il pensionato non dovrà dichiarare di essere in regola con il pagamento dei contributi ENPAM)

Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE:

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art.38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 in presenza di:

timbro e firma dell'Incaricato che riceve l'istanza
