

(€14,62)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI
(da compilare in stampatello)

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PORDENONE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il _____, residente a
_____ prov. _____ in Via _____
Tel. _____; e-mail: _____
iscritto all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI con numero d'ordine _____

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) 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 personale responsabilità (art. 76 - DPR 28 dicembre 2000 n. 445), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

FIRMA

.....

Pordenone,

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

PARTE RISERVATA ALL'ORDINE, DA COMPILARE NEL CASO DI PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PORDENONE

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Pordenone,

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....