

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**AII' ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Isernia**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il
_____, residente a _____ prov.
_____ in Via _____ iscritto all'ALBO
DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI con numero d'ordine

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI di codesto Ordine,
ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e
successive modifiche e integrazioni, 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. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali
pendenti.

FIRMA

.....

Data

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

**ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
di Isernia**

Il sottoscritto _____ incaricato,
ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott.
_____ identificato a mezzo di
_____ ha sottoscritto in sua presenza
l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....