

(marca da bollo)
(da € 16,00)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA.**

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. 6 lett C 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 T.U. – DPR 28/12/2000 n.445),

DICHIARA

- di non essere a conoscenza di procedimenti penale e disciplinari pendenti
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'Enpam.

Data : _____ FIRMA (*) _____

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero
recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento, (artt. 30 e 38 DPR
28/12/2000 n. 445)

**ALLEGARE: Tesserino dell'Ordine in originale. In caso di smarrimento o furto allegare copia
della denuncia .**

* * * * *

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto _____-incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 T.U.
DPR 28/12/2000 n.445, che il Dott. _____ identificato a mezzo
_____ n. _____ rilasciato il
_____ da _____ scadenza _____ ha
sottoscritto in mia presenza.

Data _____ Firma del legalizzante _____

Modalità per la Cancellazione dall'Albo:

per avviare la pratica di cancellazione occorre compilare il modulo allegato, ed inviarlo unitamente a marca da bollo da euro 16, il tesserino dell'Ordine e la fotocopia di un documento di identità . (In caso di smarrimento/furto del tesserino allegare copia della denuncia)

La documentazione può essere consegnata agli uffici di Segreteria, (in caso di consegna da parte di altra persona allegare delega scritta e copia del documento d'identità del delegato e del delegante) o inviata in originale per posta raccomandata

La data da cui parte la cancellazione sarà quella del recepimento della Sua domanda da parte del Consiglio Direttivo dell'Ordine.

Indirizzo Sede Ordine.
Via G. Zaccherini Alvisi 4 40138 Bologna