

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/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 / DEGLI ODONTOIATRI 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 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,
- di essere stato informato sulla modalità e finalità del trattamento cui sono destinati
i miei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003 n. 196 e dal GDPR(UE) 679/2016.

Data : _____ FIRMA (*) _____

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero
recapitata per posta unitamente a COPIA FOTOSTATICA DI DOCUMENTO DI
RICONOSCIMENTO, (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

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

* * * * *

Spazio riservato all'Ufficio in caso di presentazione a mano:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CROTONE

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 _____

Data _____ Firma del legalizzante _____