

M. B.

Spettabile
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di NOVARA

OGGETTO: Istanza di cancellazione dall'Albo Provinciale.

Il/La sottoscritt _____

di essere nat_ a _____ prov. _____ il _____;

di essere residente a _____ prov. _____ CAP _____;

in via _____ n° _____ Tel. _____;

codice fiscale _____; iscritto/a all'**Albo dei Medici**

Chirurghi al n° _____ **CHIEDE**

la **CANCELLAZIONE** dall'**ALBO dei MEDICI CHIRURGHI**, ai sensi dell'art. 11, lettera d) DLCPS 233/46. Ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 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,

DICHIARA

- di non esercitare più la professione;
- l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Firma _____

Data

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NOVARA

Il/la sottoscritt _____, incaricato/a al ricevimento

della domanda, ATTESTA, ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che il/la Dott. _____

_____ indentificat_ a mezzo _____ n. _____

rilasciat_ il _____ da _____ scadenza

_____, ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

Timbro e firma dell'incaricato/a
che riceve l'istanza.

Data _____