

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE**

Marca Da bollo

Il/la sottoscritto/a dott./ssa

nato/a a(prov.....) il

cittadino/a.....

residente in.....(prov.....)

c.a.p.via.....N.....

tel.cell.

ai sensi dell'art. 11 lett. d) del D.LC.P.S. 13/09/1946 n. 233

chiede la cancellazione dall' albo

- dei MEDICI CHIRURGHI []
- degli ODONTOIATRI []

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 DPR 445/2000), dichiara che quanto segue corrisponde al vero:

di essere iscritto all' albo:

- dei MEDICI-CHIRURGHI [] posizione N.
- degli ODONTOIATRI [] posizione N.

[] di non essere *oppure* [] di essere a conoscenza di processi penali in atto presso organi giurisdizionali (pretura, tribunale, corte d'appello, ecc.) (in caso affermativo indicare gli estremi del processo - numero ed Autorità)_____

di non essere *oppure* di essere sottoposto/a a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza (in caso affermativo indicare gli estremi del processo - numero e autorità)

.....

di non avere procedimenti disciplinari in pendenza

dichiara altresì di essere in regola con il pagamento delle tasse annuali di iscrizione dovute all'Ordine ed all' Enpam .

Il/la sottoscritto/a è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'ordine.

Data Firma

invio per posta
ai sensi dell'art. 38, comma 3, del d.p.r. n. 44512000 allega fotocopia non autenticata del documento d'identità

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

presentazione diretta all'impiegato/a addetto/a
la firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del d.p.r. n. 445/2000, in presenza di

Sig./ra

(firma del funzionario)