

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

<b>Marca Da bollo</b>
---------------------------

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) .....