

***Ill.mo Sig. PRESIDENTE  
ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGHI ED ODONTOIATRI  
della Provincia BAT***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_ iscritto  
all'Albo degli **Odontoiatri** di questa Provincia con numero di  
matricola \_\_\_\_\_;

***CHIEDE***

la cancellazione dall'Albo degli **ODONTOIATRI** di codesto Ordine  
per dimissioni volontarie, 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 dicembre 2000 n. 445),

***DICHIARA***

- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di aver finora sempre assolto agli obblighi relativi al pagamento sia del contributo ordinistico che del contributo ENPAM, incluso l'anno in corso.

Firma

Trani lì, \_\_\_\_\_



Ordine dei Medici  
Chirurghi e Odontoiatri  
della Provincia  
Barletta-Andria-Trani

Attesto ai sensi dell'art.30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n.  
445 che il Dott. \_\_\_\_\_  
identificato con documento \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in  
mia presenza l'istanza.

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

Trani li, \_\_\_\_\_

### **Note per il medico**

- **NON potranno essere accettate le domande incomplete;**
- **La domanda va assolutamente prodotta scrivendo in stampatello in carta uso bollo da €. 14,62;**
- **Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**