

Marca

da bollo

€. 14,62

***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 dei **Medici Chirurghi** di questa Provincia con numero di
matricola _____;

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo dei **MEDICI CHIRURGHI** 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.**