

SPAZIO
MARCA
DA BOLLO € 16,00

Spett.le
Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri -Campobasso

Via Mazzini, 129/A - Campobasso

A mezzo PEC: info.cb@pec.omceo.it

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....

nato/a (Prov).....

il..... Codice Fiscale.....

Tel.....Cell.....

e-mail..... PEC.....

C H I E D E

LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

() dei Medici Chirurghi

() degli Odontoiatri

per:

- rinuncia all'iscrizione
- cessato esercizio dell'attività professionale
- trasferimento all'estero
- altro motivo _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n.445/2000

- di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso
- di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di **CAMPOBASSO**

Il/la sottoscritto/a _____ incaricato/a, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il/la Dott./ssa _____ identificato/a a mezzo di _____ ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data _____

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

() **INVIO PER POSTA**

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 allega **FOTOCOPIA** del documento di identità