

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**Marca da
Bollo
€ 16.00**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CATANIA**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il _____,
residente a _____ prov. _____ cap _____ in Via
_____ Tel. _____ iscritto all'ALBO DEI MEDICI
CHIRURGHI/ODONTOIATRI con numero d'ordine _____,

consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000),

CHIEDE

la cancellazione dall'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

Il/la sottoscritto/a, a conoscenza dei Diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali, inoltre sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- **di non aver procedimenti penali pendenti;**
- **di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'ENPAM.**

Data, _____

Il/La Dichiarante
