

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI

E DEGLI ODONTOIATRI DI

MESSINA

Il/La sottoscritto/a

nato/a a prov. Il

residente a prov.

in via

iscritto/a all'Albo Odontoiatri dal con numero di iscrizione

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo degli Odontoiatri di codesto Ordine, ai sensi dell'art.11 lett. D) DLCPS 13.09.1946 n.233.

Ai sensi e per gli effetti del T.U.-D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, 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. – D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

DICHIARA

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

data

firma

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI

Il sottoscritto

attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445,

che il Dott.

ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

data

firma dell'incaricato che riceve l'istanza



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI MESSINA

Via Bergamo Is.47/A 98124 Messina

Tel. 090-691089 Fax 090-694555

www.omceo.me.it info@omceo.me.it

❖ **COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO**

AVVERTENZE

- IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE (ART. 75 T.U. –DPR 445/2000)
- L'ISTANZA, SE PRESENTATA DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA IN PRESENZA DEL FUNZIONARIO ADDETTO ALLA RICEZIONE, IN CASO CONTRARIO ALLA STESSA VA ALLEGATA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' (ART. 38 CO 3° T.U.-DPR 445/2000)

Si precisa che la cancellazione dall'Albo ha decorrenza dalla data della delibera del Consiglio Direttivo dell'Ordine (NON già dalla presentazione della domanda)