Marca da bollo da € 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

All'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri

della provincia di PARMA

Il/la sottoscritto/a Dr/ssa _____

Nato a _____ il _____

Iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di questa provincia al n_____ dal_____

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

- ○ dei medici chirurghi
- ○ degli odontoiatri

IN CASO DI CANCELLAZIONE DA ENTRAMBI GLI ALBI E' NECESSARIO PRODURRE DUE ISTANZE SEPARATE, CIASCUNA CORREDATA DI MARCA DA BOLLO

per:

- ○ rinuncia all'iscrizione
- ○ cessato esercizio dell'attività professionale
- ○ trasferimento all'estero

consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, DICHIARA, sotto la propria responsabilità quanto segue:

- 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 _____

ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'