



**Ordine provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri - L'Aquila**
Via Giovanni Gronchi n°16 – 67100, L'Aquila

**MARCA da
BOLLO**
€ 16

CANCELLAZIONE ALBO A RICHIESTA

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa

nato a.....(Prov.....), il/...../.....

Cod. Fiscale.....

e residente a..... Prov. (.....), CAP

in Via/P.zza.....n°

Iscritto all'Albo:

MEDICI CHIRURGHI

ODONTOIATRI

ENTRAMBI

CHIEDE

La cancellazione da:

Albo MEDICI

Albo ODONTOIATRI

ENTRAMBI

di codesto Ordine, avendo posto fine ad ogni attività per:

CESSATA ATTIVITA'

TRASFERIMENTO ALL'ESTERO

Luogo e data _____, li _____ / _____ / _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 - D.P.R. 28 Dicembre 2000, n°445)

Il sottoscritto Dr.ssa /Dr.

nata/o a (Prov), Il/...../.....

Consapevole delle responsabilità delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni
(art.76 – D.P.R. Dicembre 2000, n° 445)

DICHIARA

- Di aver cessato la propria attività professionale
- Di non aver riportato condanne penali
- Di essere in regola con il pagamento dei tributi 539 e 540 (ENPAM e Ordine di appartenenza) relativi al corrente anno ed a quello precedente
-

Data/...../.....

Firma _____

Estremi del documento di identità allegato:

- Tipo di documento:
- Rilasciato da:il/...../.....
- Scadenza:/...../.....

DOCUMENTI NECESSARI PER LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO A RICHIESTA DELL'INTERESSATO

1. Domanda in bollo indirizzata All'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di L'Aquila. La sottoscrizione dell'istanza non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto, ovvero l'istanza sia presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.
2. Dichiarazione di cessazione attività (ovvero specificare la motivazione per cui si richiede la cancellazione).
3. Restituzione badge, tesserino, ricettario degli stupefacenti e contrassegno auto.