Marca da bollo da €. 16,00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI

E DEGLI ODONTOIATRI DI RAGUSA

Via G. Nicastro, 50

97100 Ragusa

Oggetto: **DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

Il Sottoscritto Dr. _____nato a _____

Il_____residente a _____in Via_____

n._____, iscritto all'Albo degli Odontoiatri dal_____con posizione n°_____

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo degli Odontoiatri di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11 lett, d)D.L.C.P.S. 233/1946.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – D.P.R. 28/12/200, n. 445, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità, dichiara l'assenza di procedimenti penali pendenti e di essere ad oggi, in regola con il pagamento della tassa annuale di iscrizione all'Albo e dei contributi ENPAM.

Allega fotocopia di un documento di riconoscimento.

Ragusa lì, _____

Firma

_____