

MODULO DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

I moduli per iscriversi all'Albo Medici Chirurghi o all'Albo Odontoiatri (in bollo), per trasferirsi da altro Ordine (in bollo), per cancellarsi dall'Albo (in bollo), per la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, per la dichiarazione sostitutiva di certificazione, per la richiesta di autorizzazione alla pubblicità sanitaria sono basati sui principi della semplificazione della documentazione amministrativa (T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) pertanto devono:

- Essere presentati via mail peo o pec al seguente indirizzo:

odm.segreteria@ordinemedicipavia.it

segreteria.pv@pec.omceo.it

(Bollo € 16,00)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

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

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

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46, per il seguente motivo _____

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, 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. 28 dicembre 2000, n. 445), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PAVIA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....