

**(Bollo € 16,00)**

## **DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DI SONDRIO**

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.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, 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. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Data .....

Firma .....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL  
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE.  
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI SONDRIO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi  
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a  
mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza  
l'istanza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....

Si prega allegare documento identità