

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE**

**ALL' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
iscritto **all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI** di Belluno con numero  
d'iscrizione \_\_\_\_\_

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI di codesto Ordine  
per

- cessazione attività professionale  trasferimento all'estero

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 \_\_\_\_\_

**ALLEGA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITA'**

**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.....

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

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato che  
riceve l'istanza