

Marca da bollo  
da € 16,00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI  
MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DI TREVISO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;

in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_;

iscritto all' ALBO DEGLI ODONTOIATRI con numero d'ordine \_\_\_\_\_ e all' ALBO  
DEI MEDICI CHIRURGHI con numero d'ordine \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

la CANCELLAZIONE dall' ALBO \_\_\_\_\_ di codesto Ordine, mantenendo l'iscrizione  
all'Albo \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46 per il seguente motivo  
\_\_\_\_\_;

**DICHIARA**

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine per l'anno in corso;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(Riservato all'Ordine)

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai  
sensi del DPR 445/2000 che il Dott./ssa \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo di \_\_\_\_\_  
ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data.....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....

**DA PRESENTARE CON LA DOMANDA**

- Documento personale (carta d'identità / patente / passaporto)

N.B.: La firma nella domanda deve essere apposta all'atto della sua presentazione avanti al dipendente dell'Ordine addetto a riceverla.