

AL SIGNOR PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PADOVA

Il/la sottoscritto/a dott., nato/a
il..... a....., Residente in
..... Via
regolarmente iscritto all'Albo degli Odontoiatri di questa provincia
al numero dal.....,

CHIEDE

la CANCELLAZIONE dal predetto Albo di questo Ordine a motivo:

.....

Dichiara sotto la propria responsabilità di **non avere procedimenti penali in corso e di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine ed all'ENPAM.**

Il/la sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n. 445/2000 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.

In fede

Data _____

Firma

(* Se la firma non viene apposta dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere autenticata nei modi previsti dalla Legge.