

(marca da bollo € 16,00)

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO**  
(da compilare in stampatello)

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA VALLE D'AOSTA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_;  
e-mail: \_\_\_\_\_ iscritto all'ALBO DEI  
MEDICI CHIRURGHI / ALBO DEGLI ODONTOIATRI con numero d'ordine \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

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

**FIRMA**

.....

Aosta, .....

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

**PARTE RISERVATA ALL'ORDINE, DA COMPILARE NEL CASO DI PRESENTAZIONE PERSONALE  
DELLA DOMANDA**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA VALLE D'AOSTA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi  
dell'art. 30 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott.  
\_\_\_\_\_ identificato a mezzo di  
\_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza  
l'istanza.

Aosta, .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....