

ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI
 MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
 Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13/09/1946 n. 233)
 Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA
 Tel. 06/4417121 (8 linee r. a.) - Fax 06/44234665

APPLICARE
 MARCA DA BOLLO
 € 14.62

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

(DA COMPLETARE POSSIBILMENTE A MACCHINA O IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

L SOTTOSCRITT_ DOTT.
 NAT_ A..... (PROV) IL
 CITTADINO RESIDENTE IN(PROV)
 C.A.P. VIA
 TEL. CELL.

Ai sensi dell'Art. 11 lett. d) del D.L.C.P.S. 13/09/1946 N. 233 CHIEDE la

CANCELLAZIONE

dall'Albo dei **MEDICI-CHIRURGHI** [] oppure dall'Albo degli **ODONTOIATRI** []

**IN CASO DI CANCELLAZIONE DA ENTRAMBI GLI ALBI E' NECESSARIO PRODURRE
 DUE ISTANZE SEPARATE CIASCUNA CORREDATA DI MARCA DA BOLLO**

CONSAPEVOLE SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

ISCRITTO ALL'ALBO: dei MEDICI-CHIRURGHI [] POS. N. degli ODONTOIATRI [] POS. N.

[] **DI NON ESSERE** oppure [] **DI ESSERE** A CONOSCENZA DI PROCESSI PENALI IN ATTO PRESSO ORGANI GIURISDIZIONALI (Pretura, Tribunale, Corte d'Appello, ecc.)

[] **DI NON ESSERE** oppure [] **DI ESSERE** SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTO PER L'APPLICAZIONE DI UNA MISURA DI SICUREZZA (in caso affermativo indicare gli estremi del processo - numero e autorità)

.....
DICHIARA ALTRESÌ DI ESSERE IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DELLE TASSE ANNUALI DI ISCRIZIONE DOVUTE ALL'ORDINE [] e ALL' ENPAM [].

Il sanitario pensionato ENPAM non dovrà dichiarare di essere in regola con il pagamento del Tributo 539.

La presente dichiarazione viene resa sulla base di quanto a conoscenza del sottoscritto. Qualora dai controlli espletati da codesto Ordine risultassero, comunque, somme ancora da pagare, si impegna a saldare quanto dovuto; diversamente l'Ente **NON** potrà adottare il provvedimento di **CANCELLAZIONE**.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE.

Data _____ Firma _____

[] **INVIO PER POSTA**

ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000 allega FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO d'IDENTITÀ

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

[] **PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO**

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del / della

Sig./Sig.^{ra} _____

(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N.° _____ del _____