

APPLICARE  
MARCA DA BOLLO  
€ 16.00

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

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

**MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA**

\_L\_ SOTTOSCRITT\_ DOTT.\_ \_\_\_\_\_  
 NAT\_ A \_\_\_\_\_ (PROV \_\_\_\_\_) IL \_\_\_\_\_  
 CITTADIN\_ \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN (°) \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_)  
 C.A.P. \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_  
 CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

*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 È 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 COMPRESO L'ANNO IN CORSO [ ] e ALL'ENPAM [ ].**

*Il sanitario pensionato ENPAM non dovrà dichiarare di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali.*

*La presente dichiarazione viene resa sulla base di quanto a conoscenza del sottoscritto. Qualora dai controlli espletati da questo Ordine risultassero importi ancora da pagare, si impegna a saldare quanto dovuto.*

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul TRATTAMENTO DEI DATI, visionabile anche al seguente Link:

[INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE](#)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**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.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata **RICEVUTA** N.° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

segue **RICHIESTA di CANCELLAZIONE**

**MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO**

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: [protocollo@pec.omceoroma.it](mailto:protocollo@pec.omceoroma.it) (allegando la *FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000*)
- a mezzo **E-MAIL**, all'indirizzo: [info@ordinemediciroma.it](mailto:info@ordinemediciroma.it) (allegando la *FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000*)
- per **POSTA**, all'indirizzo: **Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA** (allegando la *FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000*)
- a **MANO** in **SEDE**, accedendo preferibilmente PREVIO APPUNTAMENTO, da prendere Telefonicamente (Tel: 064417121) o sul Sito.