

Marca da bollo  
da €14,62

**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 dei Medici Chirurghi al numero di posizione \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la CANCELLAZIONE dall' ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine, 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. \_\_\_\_\_  
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.