

**ORDINE DEI MEDICI - CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI COSENZA**

-----*****-----

**DOCUMENTAZIONE CANCELLAZIONE VOLONTARIA
ALBO ODONTOIATRI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA**

1. Domanda in bollo;
2. Copie delle ricevute di pagamento contributi ENPAM e ORDINE (Cod. 539 – 540) relativi all'anno di competenza ed a quello precedente;
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione di inesistenza di procedimenti penali pendenti ai sensi del DPR 445/2000 (Vedi sottostante fac simile) ovvero Certificato, in carta libera, dei carichi pendenti.

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

SPETT.LE ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI COSENZA

Il/La sottoscritto/a, nato/a a, il.....
e residente in, alla via, n.
(Tel. n.), (Cod. Fisc.....) in possesso della Laurea in
Medicina e Chirurgia e dell'abilitazione all'esercizio professionale, iscritto/a a quest'Ordine al
n.

CHIEDE

Di essere cancellato/a dall'Albo degli Odontoiatri di quest'Ordine.

Allega i seguenti documenti:

1. Copie delle ricevute di pagamento contributi ENPAM e ORDINE (Cod. 539 – 540) relativi all'anno di competenza ed a quello precedente;
2. Dichiarazione sostitutiva di certificazione di inesistenza di procedimenti penali pendenti ai sensi del DPR 445/2000 ovvero Certificato, in carta libera, dei carichi pendenti.

Cosenza, li

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(AI SENSI DEL DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa, ai sensi e per gli effetti di cui alla L. 15/68 e successive modifiche, nonché del D.P.R. 403/98, sotto la propria responsabilità ed edotto in merito alle conseguenze amministrative di cui all'art. 75 ed alle sanzioni penali di cui art. 76 dello stesso DPR 445/2000 alle quali soggiace chi renda dichiarazioni mendaci o faccia uso di atti falsi e/o false attestazioni,

DICHIARA

Di non essere attualmente sottoposto/a, quale imputato/a, a procedimenti penali pendenti

Cosenza, li.....

IN FEDE

.....
