

**SPETT.LE
ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI AREZZO**

Bollo

ú 16,00

Il /la Sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

_____ in Via _____

iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi/ Odontoiatri con numero d'ordine _____

chiede

la cancellazione dall'Albo degli Odontoiatri di cotesto 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 T.U. ì DPR 28 dicembre 2000 n.445 **dichiara** l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Data _____

FIRMA _____

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

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo.

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi

Dell'articolo 30 T.U. ì DPR 28 dicembre n.445 , che il Dott. _____

identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

data _____

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza