

All'Ordine Provinciale dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri di  
GENOVA

(Albo Odontoiatri)

Protocollo

Marca da Bollo

€ 16,00

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

civico \_\_\_\_\_ lettera \_\_\_\_\_ Scala \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri di questa provincia al n \_\_\_\_\_ dal

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CHIEDE

la CANCELLAZIONE dall'Albo degli Odontoiatri per:

- rinuncia all'iscrizione,
- cessato esercizio dell'attività professionale,
- trasferimento all'estero.

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso;
- di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine;
- di essere in regola con il pagamento delle quote ENPAM.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei 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.

DICHIARA inoltre

di essere a conoscenza che la casella PEC attivata in convenzione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova verrà disattivata.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di un documento di riconoscimento, (artt. 30 e 38 DPR 28 dicembre 2000 n. 445).