



Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Lecce

Marca da bollo

€ 16,00

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI**

*(conservando l'iscrizione al SOLO Albo degli Odontoiatri)*

**AI CONSIGLIO DIRETTIVO  
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI LECCE**

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cellulare  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

iscritto all'ALBO dei MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine al numero \_\_\_\_ di iscrizione;

**CHIEDE**

la cancellazione dall'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine con decorrenza dalla data in cui il

Consiglio delibererà la effettiva cancellazione per:

- Cessato esercizio dell'attività professionale
- Trasferimento all'estero
- Altro motivo :

**conservando l'iscrizione al solo Albo degli Odontoiatri.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',

**DICHIARA**

l'assenza di procedimenti penali pendenti e la regolarità con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all' ENPAM.

Allegare alla presente domanda la seguente documentazione obbligatoria:

- Fotocopia documento di identità.

Lecce, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_