

MARCA DA  
BOLLO  
€ 16.00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA

I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

AI SENSI DELL'ART. 11, LETT. D) DEL DLCPS 233/46  
CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO:

- dei MEDICI CHIRURGHI – al n. \_\_\_\_\_
- degli ODONTOIATRI – al n. \_\_\_\_\_

**IN CASO DI CANCELLAZIONE DA ENTRAMBI GLI ALBI, SI INVITA A BARRARE LA CASELLA DI CONTROLLO SOTTOSTANTE:**

- VOGLIO CESSARE OGNI ATTIVITA' MEDICA E ODONTOIATRICA E CANCELLARMI DA ENTRAMBI GLI ALBI

ai sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445, I sottoscritt \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445),

**D I C H I A R A**

- di  non avere procedimenti penali pendenti (*in caso contrario specificare*) \_\_\_\_\_

- di essere in regola con il pagamento delle tasse annuali di iscrizione dovute all'Ordine compresol'anno in corso [ ] ed all'ENPAM [ ].

(*il pensionato non dovrà dichiarare di essere in regola con il pagamento dei contributi ENPAM*)

**La presente dichiarazione viene resa sulla base di quanto a conoscenza del sottoscritto. Qualora dai controlli espletati da questo Ordine risultassero importi ancora da pagare si impegna a saldare quanto dovuto.**

I sottoscritt \_\_\_\_\_ è consapevole che i dati acquisiti saranno esclusivamente utilizzati per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'Ordine di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 ( informativa scaricabile dal sito internet al seguente link: <https://www.omceocaserta.it/informativa-iscrizioni/> );

Data

Firma

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

LA FIRMA È STATA APPOSTA, AI SENSI DELL'ART.38, COMMA 3 DEL D.P.R. N. 445/2000 IN PRESENZA DEL FUNZIONARIO INCARICATO/A A RACCOGLIERE LA PRESENTE DOMANDA.

*Timbro e firma dell'Incaricato che riceve l'istanza*