

Bollo
€ 16

Al Presidente dell'Ordine dei
Medici Chirurghi ed Odontoiatri
della provincia di Terni

Ogg.: rinuncia di iscrizione.

 1 sottoscritt _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____ via _____,

iscritto all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / DEGLI ODONTOIATRI

(cancellare la voce che non interessa)

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Medici Chirurghi / Odontoiatri (cancellare la voce che non interessa),
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
della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci e che all'eventuale accertamento
della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza conseguirà la trasmissione
degli atti alla Procura della Repubblica, sotto la propria personale responsabilità, dichiara:

➤ di non avere procedimenti penali pendenti.

In fede.

_____ lì _____

* * *

 1 sottoscritt _____, quale
incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni, dichiara che la
sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_
tramite _____.

In fede.

_____ lì _____