

**All' Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena**

Il sottoscritto Dott.

C H I E D E

LA CANCELLAZIONE DALL' ALBO DEGLI ODONTOIATRI

di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

Con numero di iscrizione all'Albo degli Odontoiatri

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28.12.2000, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 445 del 28.12.2000),

DICHIARA

di essere nato a prov. il

di essere residente a prov.

via n. Tel.

Dichiara altresì:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAM tributo 539 (nel caso in cui il medico sia pensionato Enpam, tale tributo non è più dovuto);
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine.
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del DL.gs 196/03 e esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi anche per attività istituzionali non attinenti alla presente domanda.

Data

Firma

.....

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

Allegare fotocopia documento di identità in corso di validità