

**Al Sig. Presidente
dell'Ordine dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Oristano**

Il sottoscritto Dott.

nato/a a _____, prov. _____, il _____ residente
a _____, prov. _____, in via _____

- ☐ Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di Oristano al n _____
- ☐ Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di Oristano al n _____

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

- ☐ dei Medici Chirurghi
- ☐ degli Odontoiatri

per:

- ☐ rinuncia all'iscrizione
- ☐ cessato esercizio dell'attività professionale
- ☐ trasferimento all'estero
- ☐ altro motivo

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR445/2000

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

Luogo e data _____

Firma _____