

Bollo
€ 14,62

**Al Presidente
Dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
di ENNA**

__l__ sottoscritt__ _____
nat__ a _____ (prov. ____) il _____
residente a _____ (prov. ____) in Via _____
_____ n. _____ iscritto all'Albo _____
con numero d'ordine n. _____

CHIEDE

la CANCELLAZIONE dall'Albo _____ di Codesto
Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.
Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto
la propria personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), DICHIARA l'assenza
di procedimenti penali pendenti.

FIRMA

Enna, li _____

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI ENNA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del D.P.R.
28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato da _____
ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Enna li _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione
