

(€14,62)

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**  
(da compilare in stampatello)

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PORDENONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_; e-mail: \_\_\_\_\_  
iscritto all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI con numero d'ordine \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCP 233/46.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 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 - DPR 28 dicembre 2000 n. 445), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

FIRMA

.....

Pordenone, .....

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

---

**PARTE RISERVATA ALL'ORDINE, DA COMPILARE NEL CASO DI PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PORDENONE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Pordenone, .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....