

**Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Trieste**

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a a.....prov....., il.....;
codice fiscale.....;
residente a.....prov.....;
in via....., tel.....
e-mail.....;
iscritto/a a codesto Albo dei Medici Chirurghi al n.....di posizione,

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lettera d) DLCPS 233/46.

() chiede, inoltre, l'iscrizione all'Albo d'Onore degli ex iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste.

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 T.U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445), **dichiara** l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere consapevole di decadere dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Data:.....

Firma:.....

Ordine dei Medici Chirurghi
E degli Odontoiatri della Provincia di Trieste

Il/la sottoscritto/a....., incaricato/a, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445 che il/la dott./dott.ssa.....identificato/a a mezzo.....ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data:.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

Allegare: una marca da bollo da Euro 16,00
documento identità