

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI MATERA**

Marca da
Bollo
€ 16,00

Il sottoscritto Dott.

nato a il, C.F.

residente a(.....)

Via Tel.

CHIEDE

la cancellazione dall'**ALBO degli ODONTOIATRI** della Provincia di Matera ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46 ed in proposito

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000:

1. di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
2. di non avere procedimenti penali pendenti;
e di aver / non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Matera,

Firma
