

**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 dei MEDICI CHIRURGHI** 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

\_\_\_\_\_