



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Siracusa

Corso Gelone, 103 - 96100 Siracusa

Tel. 0931.66577 - Fax 0931.22098

E-mail: info@ordinedeimedicsr.it - PEC: info@pec.ordinedeimedicsr.it

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Marca da
€ 16.00

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Siracusa.

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di questa provincia al n. _____ dal _____

Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri di questa provincia al n. _____ dal _____

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

- dei Medici Chirurghi
- degli Odontoiatri

per:

- rinuncia all'iscrizione
- cessato esercizio dell'attività professionale
- trasferimento all'estero
- altro motivo

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR445/2000:

- di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso;
- di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine.

Data

Firma