

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Al Presidente  
dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Varese

Il/La sottoscritto/a Dottor

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ numero civico \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

indirizzo di Posta Elettronica Certificata \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(Legge 28/1/2009 n. 2 di conversione D.L. 29/11/2008 n. 185)

iscritto  all' Albo dei MEDICI CHIRURGHI e/o  all' Albo degli ODONTOIATRI Pos. N. \_\_\_\_\_

### CHIEDE LA CANCELLAZIONE

dall'Albo dei MEDICI CHIRURGHI oppure  dall'albo degli ODONTOIATRI

di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

**Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000)**

### DICHIARA

di **NON ESSERE** oppure  di **ESSERE** a conoscenza di processi penali in atto presso organi giurisdizionali (pretura, tribunale, corte d'appello, ecc.)

di **NON ESSERE** oppure  di **ESSERE** sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza (in caso affermativo indicare gli estremi del processo – numero e autorità)

di **NON ESSERE** oppure  di **ESSERE** in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'ENPAM.

### Si allegano:

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Fotocopia della ricevuta di versamento della quota dell'Ordine dell'anno in corso.
- Fotocopia delle ricevute di versamento delle quote ENPAM dell'anno in corso.

Varese, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

### Note informative

- Il modulo dovrà essere compilato e sottoscritto dal richiedente: in caso di incapacità o, comunque, di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante del richiedente avendo cura di allegare una copia della procura, della sentenza di nomina di tutore o di curatore, ovvero una certificazione e copia del documento di identità, redatta ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 attestante la qualità di legale rappresentante, di tutore, di curatore e simili.
- I Sanitari dovranno presentare doppia richiesta se chiedono la cancellazione da entrambi gli Albi. La domanda deve essere corredata dal tesserino/dei tesserini di iscrizione, in originale.
- Si rammenta agli iscritti che la cancellazione in corso di anno comporta non solo il pagamento della quota ordinistica dovuta sino all'inizio dell'anno solare ma anche il versamento di quota dei contributi previdenziali dovuti ad ENPAM sino alla data di cancellazione dall'albo.

Per informazioni e chiarimenti:

Tel. (+39) 0332 232401 – Fax (+39) 0332 235659

[info@omceovarese.it](mailto:info@omceovarese.it) – [protocollo@pec.omceovarese.it](mailto:protocollo@pec.omceovarese.it)